الجامعة الأردنية

نموذج التفويض

أنــــا رنى عيسى ايوب تاهوري ، أفــــوض الجامعة الأردنية بتزويد نسخ من رسالتي/أطروحتي للمكتبـــات أو المؤســـسات أو الهيئات الأشخاص عن طلبها.

التوقيع : [signature]

التاريخ: ٩ / ١ / ٢٠١٢

الجامعة الأردنيـــة
كلية الدراسات العليا

التاريـــخ: / /

نموذج رقم (١٦)
اقرار والتزام بالمعايير الأخلاقية والأمانة العلمية وقوانين الجامعة الأردنية وأنظمتها وتعليماتها لطلبة الدكتوراه

أنا الطالب: زى عيسى فاخوري الرقم الجامعي: (٩٠٦٠١٨٤)
تخصص: ارشاد نفسي وتربوي الكليـــة: العلوم التربوية

عنوان الاطروحة: بناء برنامج مرتكز على الانفعالات وقياس فعاليته في معالجة اضطراب الشواهة لدى عينة اردنية

اعلن بأنني قد التزمت بقوانين الجامعة الأردنية وأنظمتها وتعليماتها وقراراتها السارية المفعول المتعلقة باعداد اطروحات الدكتوراه عندما قمت شخصيا" باعداد اطروحتي وذلك بما ينسجم مع الأمانة العلمية وكافة المعايير الأخلاقية المتعارف عليها في كتابة الأطروحات العلمية. كما أنني أعلن بأن اطروحتي هذه غير منقولة أو مستلة من أطاريح أو كتب أو أبحاث أو أي منشورات علمية تم نشرها أو تخزينها في أي وسيلة اعلامية، وتأسيسا" على ما تقدم فانني أتحمل المسؤولية بأنواعها كافة فيما لو تبين غير ذلك بما فيه حق مجلس العمداء في الجامعة الأردنية بالغاء قرار منحي الدرجة العلمية التي حصلت عليها وسحب شهادة التخرج مني بعد صدورها دون أن يكون لي أي حق في التظلم أو الاعتراض أو الطعن بأي صورة كانت في القرار الصادر عن مجلس العمداء بهذا الصدد.

توقيع الطالب: زلاله التاريخ: ٩ / ١ / ٢٠١٢

تعتمد كلية الدراسات العليا
هذه النسخة من الرسالــة
التوقيع........ التاريخ ٩/١/٢٠١٢

بناء برنامج مرتكز على الانفعالات وقياس فعاليته في معالجة اضطراب الشراهة لدى عينة أردنية

إعداد

ربى عيسى فاخوري

المشرف

الأستاذة الدكتورة نسيمة داود

قدّمت هذه الأطروحة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي والتربوي

كلية الدراسات العليا

الجامعة الأردنية

كانون ثاني – ٢٠١٢

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الأطروحة وعنوانها: (بناء برنامج مرتكز على الانفعالات وقياس فعاليته في معالجة اضطراب الشراهة لدى عينة أردنية) وأجيزت بتاريخ 2011/12/21.

أعضاء لجنة المناقشة	التوقيـــــــــع
الدكتورة نسيمة علي داود، مشرفاً أستاذة – الارشاد النفسي والتربوي	-------------
الدكتور محمد نزيه عبد القادر حمدي، عضواً أستاذ – الارشاد النفسي والتربوي	-------------
الدكتور جمال محمد سعيد الخطيب، عضواً أستاذ – التربية الخاصة	-------------
الدكتور محمود عطا حسين، عضواً أستاذ – الصحة النفسية (جامعة البتراء)	-------------

الإهـــــــــداء

إلى روح والدي

لأنك كنت التضحية

وإلى والدتي

لأنك المحبة

وإلى إخوتي

لأنكم الصداقة والعطاء

وإلى زوجي

لأنك توأم روحي

وإلى أبنائي

لأنكم الروح والقلب

ولأنكم الأسرة التي أحب

شكر وتقدير

أتقدم بكل الشكر والتقدير لصاحبة العلم الواسع، والقلب الكبير، وحسن الخلق، والصبر، والتدبير. إلى مشرفتي الأستاذة الدكتورة نسيمة داود التي منحتني الكثير مـن الوقـت والجهـد والعلم. والتي كان لتوجيهاتها أحسن الأثر في إنجاز هذه الأطروحة.

كما أتقدم بالشكر والتقدير إلى السادة أعضاء لجنة المناقشة، والتي اسهمت ملاحظـاتهم في إثراء وتحسين هذه الدراسة، وهم: الأستاذ الدكتور محمد نزيه عبد القادر حمدي، والأسـتاذ الدكتور جمال محمد سعيد الخطيب، والأستاذ الدكتور محمود عطا حسين.

وأخيرا اشكر كل من ساعدني في إنجاز هذا العمل وإتمامه.

فهرس المحتويات

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

قائمة الملاحق

بناء برنامج مرتكز على الانفعالات وقياس فعاليته في معالجة اضطراب الشراهة لدى عينة أردنية

إعداد

ربى عيسى فاخوري

المشرف

الأستاذة الدكتورة نسيمة داود

الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى بناء برنامج مرتكز على الانفعالات، وقياس فعاليته في معالجة اضطراب الشراهة والسمنة، وتحسن الذكاء الانفعالي لدى عينة من النساء الأردنيات اللواتي يعانين من اضطراب الشراهة. تألفت العينة من (24) سيدة يعانين من اضطراب الشراهة. وقد تم اختيار العينة بطريقة مقصودة من السيدات اللواتي يرتدن العيادات النفسية ومراكز التغذية في مدينة عمان. وبعد المقابلة، تم اختيار العينة من السيدات اللواتي حصلن على أعلى الدرجات على مقياس اضطراب الشراهة، ومقياس مؤشر كتلة الجسم. وتم تقسيم أفراد العينة عشوائياً إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة، بواقع (12) سيدة لكل منهما.

بعد اعداد ادوات الدراسة والتحقق من صدقها وثباتها، تم تطبيقها على افراد عينة الدراسة في قياس قبلي. كما تم بناء برنامج ارشادي مرتكز على الانفعالات مكون من (16) جلسة، مدة كل جلسة ساعتان. وطبق البرنامج على المجموعة التجريبية بواقع جلستين أسبوعياً، واستمر لمدة شهرين ما بين (2011/6/1) إلى (2011/8/1). وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج، تم أخذ قياس بعدي لكلا المجموعتين على مقاييس الدراسة.

وقد حاولت الدراسة الإجابة على الأسئلة التالية:

- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في الدرجة على مقياس اضطراب الشراهة بين المجموعة التجريبية (التي تعرضت للبرنامج الإرشادي) والمجموعة الضابطة (التي لم تتعرض للبرنامج) على القياس البعدي؟

- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في متوسط مؤشر كتلة الجسم بين المجموعة التجريبية (التي تعرضت للبرنامج الإرشادي) والمجموعة الضابطة (التي لم تتعرض للبرنامج)على القياس البعدي؟

- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha\leq 0.05$) في الدرجة على مقياس الذكاء الانفعالي بين المجموعة التجريبية (التي تعرضت للبرنامج الإرشادي) والمجموعة الضابطة (التي لم تتعرض للبرنامج) على القياس البعدي؟

اظهر تحليل التباين المشترك (ANCOVA) أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في الدرجات البعدية على مقاييس اضطراب الشراهة، ومؤشر كتلة الجسم، والذكاء الانفعالي ولصالح المجموعة التجريبية، حيث ظهر انخفاض في اضطراب الشراهة، ومؤشر كتلة الجسم، وتحسن في الذكاء الانفعالي لدى أفراد المجموعة التجريبية.

في ضوء هذه النتائج توصي الدراسة بإجراء المزيد من الدراسات حول اضطرابات الأكل بشكل عام واضطراب الشراهة بشكل خاص على عينات وفئات عمرية أخرى كالمراهقين.

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وأهميتها

المقدمة:

من المنصف القول أن معظم الناس قد سمعوا عن اضطرابات الأكل وأنواعهـا، مثـل: الأنوريكسيا والبوليميا والشراهة. وفي الواقع بدأت الكتب بذكر هذه الاضطرابات في الستينات والسبعينات من القرن الماضي، حيث كانت تذكر في الكتب الطبية فقط. أما الآن، فلا نجد مجلة أو جريدة إلا وفيها مقالة عن اضطرابات الأكل. فالزيادة السريعة في انتشار هذا الاضطراب حتى أصبح ظاهرة في أواخر القرن العشرين، أدى إلى زيادة الأبحاث حوله.

لقد زاد اهتمام العلماء في السنوات الأخيرة باضطراب الشراهة بالذات، بسبب الارتفاع المخيف في عدد الناس الذين يعانون من السمنة، فغالبية الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشراهة يعانون من السمنة. ومن المؤسف أن المجتمعات هذه الأيام لا ترحم من يعاني من زيادة الوزن، فالثقافة السائدة تروج إلى أن النحافة هي عنوان الجمال، وهي الطريق إلى السعادة، لذا يعاني أفراد المجتمع بشكل عام، والفتيات بشكل خاص من ضغط المجتمع للوصول إلى المعايير الجامدة والصارمة للجمال، مما يؤدي إلى وعي مبكر منذ المراهقة وأحياناً منذ الطفولة بأهمية المحافظة على وزن قليل، وعلى شكل الجسم النحيف الجميل الذي يفرضه المجتمع.

تشير الأبحاث إلى أن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل كالشراهة والسمنة لا يوجد لديهم وعي بانفعالاتهم، فهم لا يفسرونها بطريقة صحيحة، لذا يلجأون للأكل. كما أن عدم وجود شخص يستطيع الفرد الثقة به والبوح له بمشاعره، يمكن أن يؤدي إلى ظهور اضطرابات لدى الفرد مثل اضطرابات الأكل (Goleman, 1996).

لقد أشارت الدراسات إلى مدى انتشار اضطرابات الأكل بين الناس بشكل عام، وبين النساء بشكل خاص. فقد أشارت إحدى الدراسات إلى أن (43%) من السيدات في المجتمع الأمريكي اللواتي تتراوح أعمارهن بين (17-20) سنة يعانين من زيادة الوزن (Garber, Boyer, Pollack, Changy& Shafer, 2008).

وفي المسح الصحي العالمي الذي قام به القصير والعتوم وبطارسة والجوهري (2004) في الأردن، وجدوا أن السلوكات التغذوية لدى طلبة المدارس غير صحية فحوالي (32,6%) من الطلاب يحاولون انقاص وزنهم وان (13,9%) منهم لديهم استعداد لزيادة الوزن.

كما وجدت فاخوري (2006) أن الأنوريكسيا هي أكثر اضطرابات الأكل شيوعاً بين المراهقات في مدينة عمّان، فقد بلغت نسبة الطالبات اللواتي يعانين من الأنوريكسيا (17.5%)، في حين بلغت نسبة الطالبات اللواتي يعانين من البوليميا والشراهة (5.9%)، ووجدت الدراسة أن (55.8%) من المراهقات لديهن نزعة نحو النحافة.

أما فيربيرن وبراونل (Fairburn & Brownell (2002 فقد اعتبرا اضطرابات الأكل واضطرابات الشهية وباء يغزو العالم، فالسمنة والسكري يؤثران على أكثر من (30%) من السكان، بالإضافة إلى أن أنماط الأكل المضطربة تعد من الأعراض الأساسية للعديد من الاضطرابات النفسية.

وأكد فيربيرن Fairburn (2008) أن نسبة انتشار اضطرابات الأكل في الواقع مختلفة عما هو متوقع في الأدب. فالاضطرابات الأكثر انتشاراً هي اضطرابات الأكل غير المحددة Eating Disorders Not Otherwise Specified (EDNOS) ، ومن ضمنها اضطراب الشراهة والذي يعاني منه (50%) إلى (60%) من البالغين الذين يراجعون العيادات الخارجية، ثم يليها اضطراب البوليميا ويشكل (30%) من الحالات، وأخيراً الاضطراب الأقل انتشاراً هو اضطراب الأنوريكسيا ويشكل من (10%) إلى (15%) من الحالات.

بالإضافة لما سبق، فقد أشار برايانت- واو وتيرنر وايست وجامبل Bryant-Waugh, Turner, East & Gamble (2007) إلى أن الاضطرابات النفسية التي يعاني منها الآباء تؤثر على أسلوبهم في التربية، وقد تزيد من خطر تعرض الأطفال لاضطرابات نفسية. فبالرغم من أن معظم الأبحاث ركزت على تأثير الاضطرابات التي يعاني منها الأهل على أبنائهم، إلا أنها بدأت بتوجيه الاهتمام نحو أسلوب التربية الذي يتبعه الأهل الذين يعانون من اضطرابات الأكل في تنشئة أبنائهم، فحوالي (34%) من النساء اللاتي يُعالجن من اضطرابات الأكل هن أمهات أو سيصبحن أمهات في المستقبل، وقد أظهرت الدراسات وجود علاقة بين اضطرابات الأكل لدى الأم ومشكلات الأكل لدى أطفالها، فحوالي ثلث الأمهات اللواتي يعانين من اضطرابات الأكل يوجد لدى أطفالهن أيضاً مشاكل في الأكل.

كما أشارت الدراسة أيضاً إلى لجوء هؤلاء الأمهات لاستعمال الأكل لأسباب أخرى غير التغذية، مثل: المكافأة أو التعبير عن الحب، بالإضافة إلى اهتمام الأم الزائد بوزن الطفل. وأخيراً قد يفشلن في التعبير عن اتجاهات إيجابية نحو الأكل في أوقات الطعام، مما يؤدي بهن إلى تشجيع الأطفال على ممارسة الحمية الغذائية. كل هذه السلوكات قد تؤثر على اتجاهات الأطفال وسلوكاتهم نحو الطعام منذ سن مبكرة، ويرتبط كل ما سبق بتطوير اضطرابات الأكل لدى هؤلاء الأطفال فيما بعد عندما يكبرون.

أشارت الدراسات إلى أن الأشخاص الأكثر عرضة لاضطرابات الأكل هم الذين يعانون من عدم الوعي بانفعالاتهم وعدم القدرة على تنظيم هذه الانفعالات. فالانفعالات هي السبب والمحرك الرئيسي لسلوكات الأكل، وتصبح عند ذلك المعارف والأفكار المتعلقة بالوزن والشكل أقل أهمية من الانفعالات. فإذا تعلم الشخص منذ الصغر كبح الانفعالات ولم يتعلم المهارات اللازمة لتحمل الانفعالات المؤلمة أو لتحمل التغييرات التي تطرأ على المزاج، عندها قد يبدأ بتطوير اضطرابات الأكل. فقد أثبتت الدراسات أهمية العلاقة بين الانفعالات بأنواعها السلبية منها والإيجابية (بما فيها الغضب، والقلق، والإكتئاب، والوحدة، والسعادة) كسوابق تؤدي إلى اضطرابات الأكل، فقد يتعلم الشخص في طفولته أحد نموذجين؛ النموذج الأول وهو نموذج كبح الانفعالات Blocking emotions، حيث يستعمل الشخص الأكل كوسيلة لكبح الوعي بالانفعالات، لكن ينجح هذا الأسلوب فقط على المدى القصير، أما على المدى البعيد فيؤدي إلى الشعور بالكرب. أما النموذج الثاني فهو نموذج الهروب من الوعي Escape from awareness، حيث يتعلم الشخص عند الشعور بالكرب تضييق مدى الوعي لديه مما يؤدي إلى مشاكل سلوكية من ضمنها اضطراب الشراهة. ففي كلا النموذجين يقل الوعي بالانفعالات وذلك لأنه تعلم الشخص في طفولته أن الانفعالات خطيرة وغير مقبولة وإذا قام بالتعبير عنها فسيقابله أهله بالإهمال أو بالإنتقاد (Corstorphine, 2006).

نجد عند قراءة دليل التشخيص الإحصائي الرابع المعدل (Diagnostic & Statistical Manual Of Mental Disorders) DSMIVTR (2000) أنه قد تم وضع اضطراب الشراهة ضمن الفصل الذي يحتاج لمزيد من الدراسات والمتابعة، كما نجد أن المعلومات المتوفرة عن هذا الاضطراب بالذات قليلة، ويقترح الدليل اجراء المزيد من الدراسات والأبحاث المتعلقة بهذا الموضوع، ومما يلفت الانتباه أيضاً أنه قد تم وضع اضطراب الشراهة ضمن الاضطرابات غير المحددة بوضوح. كل ذلك زاد من رغبة الباحثة بتناول هذا الموضوع ليستفيد منه الجميع. وبما

أن معالجة هذه الاضطرابات تقع ضمن اختصاص المرشد النفسي، فإن بناء برنامج ارشادي سيعمل على إثراء وزيادة المعرفة المتوفرة حول هذا الموضوع.

وأكد على ذلك جريلو Grilo (2006) حيث قال إن اضطرابات الأكل غير المحددة (EDNOS) هي أكثر أنواع اضطرابات الأكل شيوعاً لكنها الأقل دراسة، لذا نحتاج إلى المزيد من الأبحاث التي تتناول هذا الموضوع.

وبالنظر إلى الجانب التطبيقي، نجد أن علاج اضطرابات الأكل بشكل عام واضطراب الشراهة بشكل خاص ما زال محدوداً، وأن الكثير من المعالجين لا يستطيعون معالجته، والذين حاولوا قام معظمهم بتطبيق برنامج (Overeaters anonymous)، لكن هذا البرنامج للأسف لم تثبت فعاليته في العالم العربي، لذا اعتمدت الباحثة أسلوب العلاج المرتكز على الانفعالات، وهو أسلوب جديد حتى في الغرب، إلا أنه ثبتت فعالية البرامج المستندة إليه بشكل كبير، حيث أن الناس خاصة في عالمنا العربي تخاف من الحديث حول مشاعرها بصراحة، لهذا تكون العلاجات الأخرى محدودة الفعالية، أو فعالة لوقت قصير ما لم تكشف عن الجانب الانفعالي لدى المرضى وخاصة النساء. من هنا جاءت هذه الدراسة لبناء برنامج إرشادي متكامل يرتكز على الانفعالات أولاً، ثم يأخذ الجانب المعرفي كالتشويهات المعرفية والوجوبيات، ويعمل على تصحيحها، ثم فحص فعاليته في معالجة اضطراب الشراهة والسمنة لدى النساء.

مشكلة الدراسة وأسئلتها:

تهدف الدراسة الحالية إلى بناء برنامج إرشادي مرتكز على الانفعالات، وتطبيقه على عينة من السيدات اللواتي يعانين من اضطراب الشراهة، وهو نوع من أنواع اضطرابات الأكل، وذلك بهدف مساعدتهن في خفض اضطراب الشراهة والسمنة لديهن، وزيادة ذكائهن الانفعالي.

تحاول هذه الدراسة الإجابة على الأسئلة التالية:

السؤال الأول:

هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في الدرجة على مقياس اضطراب الشراهة بين المجموعة التجريبية (التي تعرضت للبرنامج الإرشادي) والمجموعة الضابطة (التي لم تتعرض للبرنامج) على القياس البعدي؟

السؤال الثاني:

هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \geq 0.05$) في متوسط مؤشـــر كتلـــة الجسم بين المجموعة التجريبية (التي تعرضت للبرنامج الإرشادي) والمجموعة الضابطة (التي لم تتعرض للبرنامج) على القياس البعدي؟

السؤال الثالث:

هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \geq 0.05$) في الدرجة على مقيـــاس الذكاء الانفعالي بين المجموعة التجريبية (التي تعرضـــت للبرنـــامج الإرشـــادي) والمجموعـــة الضابطة (التي لم تتعرض للبرنامج) على القياس البعدي؟

أهمية الدراسة:

تكتسب هذه الدراسة أهميتها من خطورة الموضوع الذي تتناوله، حيث تعتبر اضـــطرابات الأكل من القضايا الخطيرة والمهمة والتي بدأ الاهتمام بهـــا حـــديثاً فـــي بلادنـــا. فموضـــوع اضطرابات الأكل بالرغم من خصائصه الإكلينيكية الموجودة منذ القدم، إلا أنه لم يظهر في دليل التشخيص الإحصائي Diagnostic & Statistical Manual (DSM) إلا في عام (1980) كنـــوع من أنواع الاضطرابات التي تظهر منذ الطفولة أو المراهقـــة، لـــذلك بـــدأ النـــاس بالاهتمـــام باضطرابات الأكل بعد نشر الدليل (Davison & Neale, 2003).

ستحاول هذه الدراسة الكشف عن معلومات جديدة، وإلقاء مزيد من الضوء على بعـــض الأمور غير الواضحة في اضطرابات الأكل والتي سنستفيد منها في العلاج، كما ستقوم الباحثـــة بمحاولة معالجة اضطرابات الأكل من خلال برنامج ارشادي يستند إلى العلاج المرتكـــز علـــى الانفعالات. ويعد هذا الأسلوب جديد نوعاً ما، وقد برزت أهميته في الآونة الأخيرة نتيجة فعاليته في علاج بعض الاضطرابات، بالإضافة إلى أنه أسلوب علاجي متكامل يخاطـــب الانفعـــالات المؤلمة، ويحاول تغييرها إلى انفعالات إيجابية، ثم يخاطب المعارف السلبية، ويحاول تغييرهـــا لمعارف إيجابية، وبالتالي تتغير السلوكات المضطربة لدى الأفراد.

إن موضوع اضطرابات الأكل موضوع حديث نسبياً في العالم. وفي عالمنا العربي بالذات نجد أن عدد الدراسات التي تناولت هذا الموضوع محدودة جداً، فإذا كانت المعلومات محـــدودة

عن اضطرابات الأكل، فالأساليب العلاجية غير متوفرة تقريبـــاً. وإن الكثيـــر مـــن المعـــالجين يجهلون الأساليب العلاجية المناسبة لهذه الاضطرابات.

بالإضافة إلى ما سبق، فإن المرشدين سيستفيدون من هذا البرنامج العلاجي عنـــد معالجـــة اضطرابات الأكل لدى مسترشديهم. ليس هذا فحسب، بل ستخرج هذه الدراسة بتوصيات مهمة. ولعل هذه الدراسة تكون مقدمة لمزيد من البرامج العلاجية في هذا المجال.

حدود الدراسة:

تتحدد نتائج هذه الدراسة من حيث قابليتها للتعميم بما يلي:

1- أفراد الدراسة، حيث تم اختيار عينة قصدية من السيدات اللواتي يعانين من اضطراب الشراهة.

2- أدوات القياس المستخدمة في الدراسة، وما تحقق لها من معايير صدق وثبات.

3- البرنامج الإرشادي الذي طور لأغراض الدراسة والمبني على العلاج المرتكز علـــى الانفعالات.

4- المحدد الزماني والمكاني حيث تم إجراء الدراسة خـــلال الفتـــرة مـــن 1-6-2011 إلى 1-8-2011 على مجموعة سيدات من عمان الغربيـــة مـــن الطبقـــة الوســـطى والوسطى العليا.

- **التعريفات المفاهيمية والإجرائية لمصطلحات الدراسة:**

- **اضطرابات الأكل:**

اضطرابات شديدة في سلوك الأكل، تظهر في الاتجاهات والمشاعر والسلوكات المتعلقة بالأكل مثل الأنوريكسيا، والبوليميا، وأنواع أخرى غير محـــددة، منهـــا: اضـــطراب الـــشراهة (DSMIVTR, 2000).

- **اضطراب الشراهة (النهم):**

نوبات الأكل الشره المتكررة والمرتبطة بمؤشرات سلوكية وذاتية من عدم السيطرة والكرب، وترتبط أيضاً بغياب السلوكات التعويضية (DSMIVTR, 2000). وتعرف إجرائياً لأغراض الدراسة الحالية بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس اضطراب الشراهة المستخدم في هذه الدراسة.

السمنة:

التراكم المتزايد للدهن في الجسم (Fairburn, 2008). وتعرف إجرائياً لأغراض الدراسة الحالية بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس مؤشر كتلة الجسم (BMI)، والتي تقاس بمعادلة خاصة حسب طول الشخص ووزنه وهي:

وزن الجسم (كغم) ÷ طول الجسم (م^2)

- **الذكاء الانفعالي:**

إدراك الفرد لمشاعره ولمشاعر الآخرين، وتنظيم انفعالاته بطريقة تساعده على إقامة علاقات جيدة مع الآخرين (Goleman, 1998). ويعرف إجرائياً لأغراض الدراسة الحالية بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس الذكاء الانفعالي المستخدم في هذه الدراسة.

- **الانفعالات:**

المعنى الأساسي لكلمة الانفعال هو "التحرك" to move (Goleman, 1996)، حيث تحتوي الانفعالات على معلومات تعطينا إشارات عن أهمية الأحداث التي تحدث في عالمنا فتحول انتباهنا إلى الأحداث المهمة، مما يحضرنا للقيام بالسلوك المطلوب، ويساعدنا على استخدام الأفكار بالشكل المناسب لحل المشكلات (Wilding, 2007).

- **البرنامج الإرشادي الجمعي المرتكز على الانفعالات:**

برنامج مرتكز على الانفعالات يتكون من (16) جلسة، ومدة كل جلسة ساعتين، ويطبق بواقع جلستين أسبوعياً. ويتمثل بمجموعة من الاستراتيجيات والإجراءات التي تهدف إلى

التقليل من اضطراب الشراهة والسمنة، وزيادة الذكاء الانفعالي. فيحاول البرنـــامج زيـــادة وعي المشاركات بانفعالاتهن، وتعليمهن كيفية ادارة هذه الانفعالات، وأنـــواع ردود الفعـــل الانفعالية، واستراتيجيات التهدئة، وتبصرهن بالعلاقة بين الانفعـــالات وبـــين التـــشويهات المعرفية والحاجات العلاقاتية. بعد القيام باعادة البناء الانفعالي يقـــوم البرنـــامج بتعريـــف المشاركات باسلوب الأكل الصحي، واستراتيجيات التحكم بأعراض اضـــطراب الـــشراهة، وأسباب استمرار الاضطراب، وكيفية تقبل صورة الجسد.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

من يقلب الفضائيات أو يقرأ الصحف والمجلات، يجد العديد من البرامج التي تتحدث عن أهمية نظام الأكل الصحي والجمال والرشاقة والنحافة، وتأثير كل ذلك على صحة الإنسان وطول العمر. كما كثر الحديث هذه الأيام عن اضطرابات الأكل، وأنواعها، ونتائجها، وكيفية علاجها. فاضطرابات الأكل من الاضطرابات النفسية المعروفة التي تؤثر على جميع نواحي حياة الفرد، ولها عدة اشكال مثل إباء الطعام المعروف بالأنوريكسيا، ومن خصائصه الهزال والنقصان الشديد في الوزن، وشره الطعام المعروف بالبوليميا، ومن خصائصه نوبات الأكل الشره المتكررة التي يرافقها سلوكات تعويضية، واضطراب الشراهة (النهم) المصنف تحت بند اضطرابات أكل غير محددة، ومن خصائصه نوبات شراهة متكررة لا يرافقها سلوكات تعويضية.

اضطرابات الأكل:

يعرف دليل التشخيص الإحصائي الرابع والمعدل للاضطرابات النفسية DSMIVTR (2000) اضطرابات الأكل بالاضطرابات الشديدة في سلوك الأكل، ويصنفها في قسمين:

القسم الأول: ويتضمن كل من اضطراب إباء الطعام المعروف بالأنوريكسيا (Anorexia)، واضطراب شره الطعام المعروف بالبوليميا (Bulimia). وتعرف الأنوريكسيا برفض المريض المحافظة على الحد الأدنى من الوزن الطبيعي. أما البوليميا فتعرف بنوبات متكررة من الشراهة في الأكل يتبعها دائماً سلوكات تعويضية غير مناسبة كإجبار الذات على الاستفراغ، أو إساءة استعمال العقاقير كالمسهلات، أو الصوم، أو الرياضة المتواصلة (Excessive).

القسم الثاني: ويتضمن اضطرابات الأكل غير المحددة (Eating disorders not otherwise specified)، ومنها اضطراب الشراهة أو النهم (Binge- eating disorder) والذي يتميز بنوبات أكل متكررة دون الشعور بالجوع.

ويرى جريلو Grilo (2006) أن معظم أشكال اضطرابات الأكل تشبه الأنوريكسيا والبوليميا في معظم الأمور ما عدا مستوى حدة الاضطراب أو مجموعة الأعراض.

أما بالنسبة للسمنة البسيطة (Simple Obesity) فهي مذكورة في كتاب التصنيف العالمي للأمراض International classification of diseases (ICD) كحالة طبية عامة. لكنها لا تظهر في دليل التشخيص الإحصائي الرابع؛ لأنه من غير المثبت ترافقها الدائم باضطراب نفسي أو سلوكي. وعند وجود دليل على أهمية العوامل النفسية في نشوء أو مسار حالة تعاني من السمنة يكون ذلك مؤشراً على وجود عوامل نفسية تؤثر على الحالة الطبية.

1. إباء الطعام المعروف بالأنوريكسيا ((Anorexia Nervosa (AN)):

الخصائص الأساسية لهذا الاضطراب هو رفض الفرد المحافظة على الحد الأدنى للوزن الطبيعي للجسم، والخوف الشديد من زيادة الوزن، واضطراب واضح في إدراك حجم أو شكل الجسد. بالإضافة لانقطاع الدورة الشهرية لدى الإناث.

الأنواع الفرعية (Subtypes) :

أ. النوع المحدد (Restricting type) خلال حالة الأنوريكسيا التي تصيب الفرد: لا يتورط المصاب بالأكل الشره والسلوكات التعويضية للتخلص منه.

ب. النوع الذي يصاحبه الأكل الشره والسلوك التعويضي (Binge- Eating/ purging type) خلال حالة الأنوريكسيا: يتورط الفرد بشكل منتظم بالأكل الشره، ثم بسلوك تعويضي (مثل الاستفراغ أو تناول المسهلات، وغيرها) للتخلص من الأكل.

المعايير التشخيصية للأنوريكسيا:

أ. رفض المحافظة على وزن الجسم في أدنى حدوده الطبيعية بالنسبة للسن والطول.

ب. الخوف الشديد من اكتساب الوزن أو من زيادة الوزن حتى ولو كان الفرد يعاني من نقصان الوزن.

ج. اضطراب في نظرة الشخص لجسمه أو لوزنه، وتأثير ذلك على تقييمه لذاته، أو إنكار خطورة الانخفاض في الوزن الحالي.

د. انقطاع الطمث لدى السيدات على الأقل (3) دورات متتالية (DSMIVTR, 2000).

2. شره الطعام أو البوليميا ((Bulimia Nervosa (BN)):

الصفات الأساسية للبوليميا هي الأكل الشره، ثم اللجوء إلى الأساليب التعويضية غير المناسبة، بالإضافة إلى أن تقييم الذات لدى هؤلاء الأشخاص يتأثر بشكل كبير بحجم الجسم ووزنه.

ويعرف الأكل الشره بأنه الأكل بالسر، وبوقت محدد، وبكمية أكبر مما قد يأكله معظم الناس بظروف مشابهة. على المعالج أن يأخذ بالاعتبار السياق الذي يحدث فيه الأكل، فأكل كميات كبيرة في المناسبات والأعياد يعتبر طبيعياً. وعندما نشير للأكل بوقت محدد فنقصد به خلال أقل من ساعتين. وعادة يكون الأكل بكميات كبيرة في جلسة واحدة ، فقد يبدأ الفرد الأكل الشره في مطعم، ثم يكمل عندما يعود إلى البيت. أما الأكل بكميات صغيرة على عدة وجبات في اليوم فلا يعتبر من الأكل الشره. وعادة يتضمن الأكل الشره تناول الحلويات مثل الكعك والمثلجات والأكل ذي السعرات الحرارية العالية.

الأنواع الفرعية (Sub types):

تحدد الأنواع الفرعية بوجود أو غياب الاستعمال المتكرر للسلوكات التعويضية كوسيلة للتعويض عن استهلاك الأكل بشراهة.

أ. النوع الذي يصاحبه السلوك التعويضي (Purging type):

هنا ينخرط الفرد بسلوكات متكررة ثابتة، مثل: الاستفراغ أو إساءة استعمال المسهلات أو الحقن الشرجية خلال فترة الأكل الشره.

ب. النوع الذي لا يصاحبه سلوكات تعويضية (Non purging type):

يصف هذا النوع الأفراد الذين يقومون بسلوكات تعويضية لكن غير التي ذكرت في النوع الأول، مثل: الصوم بعد الأكل الشره أو الرياضة المكثفة.

المعايير التشخيصية للبوليميا:

أ.نوبات متكررة من الشراهة بالأكل، وتتصف النوبة بالصفتين التاليتين:

1. أكل خلال فترة قصيرة، عادة لا تتجاوز الساعتين، كمية من الأكـل تعتبـر بالتأكيد أكبر مما قد يأكل معظم الناس تحت نفس الظروف.

2. الإحساس بفقدان السيطرة على الأكل خلال النوبة.

ب. مظاهر سلوك تعويضية غير ملائمة متكررة لمنع زيادة الوزن، مثل: الاسـتفراغ أو استعمال المسهلات.

ج. يحدث سلوك الأكل الشره والسلوك التعويضي غير الملائم بمعدل مرتين في الأسبوع على الأقل ولمدة (3) أشهر.

د. يتأثر تقييم الذات بشكل الجسم ووزنه.

هـ. لا يحدث الاضطراب خلال نوبات الأنوريكسيا (DSMIVTR, 2000) .

3.اضطراب الأكل غير المحدد (Eating disorder not otherwise specified):

وهي اضطرابات الأكل التي لا تنطبق عليها معايير الاضطرابات السابقة وتتضمن:

1. بالنسبة للنساء، قد تنطبق عليهن جميع معايير الأنوريكسيا إلا وجـود دورة شـهرية منتظمة.

2. وجود جميع المعايير التشخيصية للأنوريكسيا باستثناء الانخفاض الكبير في الوزن، فالوزن يبقى ضمن الحدود الطبيعية.

3. وجود جميع المعايير التشخيصية للبوليميا باستثناء حدوث الأكل الشره والسلوكات التعويضية بتكرار أقل من مرتين أسبوعياً، وتستمر لمدة أقل من (3) أشهر.

4. الاستعمال المتكرر للسلوكات التعويضية غير المناسبة من قبل شخص وزنه طبيعي، ويقوم بهذه السلوكات بعد أكل كميات صغيرة.

5. مضغ كميات كبيرة من الطعام، ثم التخلص منها دون بلعها.

6. اضطراب الشراهة أو النهم (Binge Eating disorder): نوبات متكـــررة مـــن الأكل بشراهة بغياب استعمال السلوكات التعويضية غير المناسبة التي هي من خصائص البوليميا (DSMIVTR, 2000).

إن معظم أشكال اضطرابات الأكل تشبه الأنوريكسيا والبوليميا في معظم الأمور ما عدا مستوى حدة الاضطراب أو مجموعة الأعراض (Grilo , 2006) .

اضطراب الشراهة أو النهم (Binge Eating disorder):

لقد تم تخصيص قسم خاص لاضطراب الشراهة في دليل التشخيص الإحصائي الرابـــع المعدل (DSMIVTR)، وتم وضعه في القسم الذي يحتاج لدراسات أكثر ومعرفة أكثر.

الخصائص التشخيصية (Diagnostic features):

الصفة الأساسية هي نوبات الأكل الشره المتكررة، والمرتبطة بمؤشرات سلوكية وذاتية من فقدان السيطرة والكرب، مع غياب السلوكات التعويضية التي تشخص البوليميا.

يشعر الفرد بفقدان السيطرة على الأكل، ويظهر ذلك من خلال الأكل الـــسريع، وبكميـــات كبيرة حتى يشعر الفرد بعدم الراحة حتى لو لم يكن يشعر بالجوع، والأكل بالسر حتى لا يحرج أمام الناس، والشعور بالذنب والاستياء أو الاكتئاب بعد الأكل. مـــن المهـــم لتـــشخيص الحالـــة تشخيص الشعور بالكرب (Distress)، ويتضمن مشاعر غير سارة خلال نوبة الشراهة وبعدها، بالإضافة إلى الخوف من تأثير نوبات الشراهة المتكررة على وزن وحجم الجسم علـــى المـــدى البعيد.

كما ينبغي أن تحدث نوبات الشراهة بمعدل يومين بالأسبوع لمدة لا تقل عـــن (6 أشـــهر). وتختلف المدة التي تستمر بها نوبة الشراهة بشكل كبير بين شخص وآخر، بل يجد بعض الأفراد صعوبة في تقسيم الأكل بشراهة إلى نوبات محددة، ومع ذلك يستطيعون بسهولة تحديد حصول نوبة الشراهة في اليوم المحدد. وهناك اقتراح يقضي بحساب عدد الأيام التي تحدث فيها نوبات الشراهة بدلاً من حساب عدد نوبات الشراهة كما نفعل في اضطراب البوليميـــا. ويـــرى دليـــل التشخيص الإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية أن هناك حاجة لمزيد مـــن الأبحـــاث حول هذا الموضوع.

وبالرغم من القيام ببعض السلوكات التعويضية غير الملائمة في بعض الأحيان للتقليل من تأثير الأكل الشره، لكنها لا تستعمل بانتظام. لقد تضاربت نتائج الأبحاث حول كيفية تعريف" الاستعمال المتكرر(Regular) (بانتظام) للسلوكات التعويضية غير المناسبة". فقد أشارت بعض الدراسات إلى أنها تعني مرتين أسبوعياً. ومع ذلك فإن الأفراد الذين يقومون بهذه السلوكات مرة واحدة أسبوعياً، يمكن تشخيصهم باضطراب الشراهة أيضاً، مما يؤكد الحاجة لمزيد من الدراسات حول هذا الموضوع (DSMIVTR, 2000) .

وبحسب جريلو Grilo (2006) فإن الأبحاث التي درست اضطراب الشراهة عرفته بأنه نوبات متكررة من الأكل الشره بدون استعمال أية أساليب للسيطرة على الوزن.

وقد أشار فيربيرن Fairburn (2008) إلى نوعين من الأكل الشره:

النوع الأول: الأكل الشره الموضوعي objective binge eating: يكون الأكل الشره فيه على شكل نوبات حيث تكون كمية الأكل التي يأكلها الشخص خلال النوبة كبيرة جداً في ظل الظروف القائمة، ويعاني الشخص من شعور بعدم السيطرة خلال النوبة.

النوع الثاني: الأكل الشره الذاتي subjective binge eating: تكون كميات الطعام التي يأكلها الشخص خلال نوبات الأكل الشره في هذا النوع ليست كبيرة في ظل الظروف القائمة، لكن الشخص يعتقد أنها كذلك.

وأكد كل من فيبربيرن وبراونل Fairburn & Brownell (2002) أن نوبات الشراهة لدى الأشخاص الذين يعانون من السمنة تكون أحياناً بتناول كميات صغيرة من الطعام لكنها تحتوي على وحدات حرارية عالية. يطلق البعض على هذه الحالة مصطلح "الرعي" Grazing: أي أنهم يرون أنفسهم فاقدي السيطرة على الأكل معظم اليوم، فيأكلون باستمرار كميات قليلة لكن الوحدات الحرارية التي تحتويها تتراوح من (50) وحدة حرارية إلى آلاف الوحدات الحرارية.

أما هال وكوهين Hall & Cohn (1999) فقد أكدا على أن نوبة الشراهة تحتوي على كميات كبيرة من الطعام، وقد تتراوح الوحدات الحرارية خلال النوبة ما بين (1500-3000) وحدة حرارية معظمها من الكربوهيدرات والسكريات. وبشكل عام يتم تعريف النوبة من قبل الشخص الذي يقوم بها، لأنها تختلف من شخص لآخر. فقد ينظر أحد الأشخاص لوجبة ما على أنها عادية، في حين ينظر اليها شخص آخر على أنها كبيرة، خاصة إذا كان لدى هذا الشخص

خوف شديد من زيادة الوزن. ومع هذا تعتبر نوبة إذا اتصفت بـــ: 1- استهلاك كمية كبيرة من الطعام. 2- شعور بفقدان السيطرة.

- **المعايير التشخيصية لاضـــطراب الـــشراهة Research Criteria for Binge Eating Disorder:**

أ- نوبات متكررة من الأكل بشراهة، تتصف نوبة الأكل الشره بالصفات التالية:

1. الأكل بوقت محدد، عادة خلال ساعتين كمية من الطعام تعتبر بالتأكيد أكبر مما يستطيع معظم الناس أكلها في نفس الوقت المحدد وتحت نفس الظروف.
2. إحساس بعدم السيطرة على الأكل خلال النوبة، مثال: إحساس بـــأن الفـــرد لا يستطيع التوقف عن الأكل، أو السيطرة على نوعية الأكل، أو كميته.

ب- تترافق نوبات الشراهة مع ثلاثة أو أكثر من الصفات التالية:

1. الأكل بسرعة أكبر من الطبيعي.
2. الأكل حتى الشعور بعدم الارتياح.
3. أكل كميات كبيرة من الطعام دون الشعور بالجوع.
4. الأكل وحيداً بسبب الخجل من الكمية الكبيرة.
5. الشعور بالاشمئزاز من الذات، والاكتئاب، والشعور بالذنب بعد الأكل.

ج- الشعور بالكرب بسبب وجود الشراهة.

د- تحدث الشراهة بمعدل مرتين أسبوعياً ولمدة (6 أشهر) على الأقل.

ه- لا ترتبط الشراهة مع الاستعمال المتكرر للسلوكات التعويضية غير المناسبة مثل الصوم وممارسة الرياضة المفرطة، ولا تحـــدث فقـــط خـــلال الأنوريكـــسيا أو البوليميـــا (DSMIVTR, 2000).

خصائص الشخص المصاب باضطراب الشراهة (النهم):

يعتقد بعض الأشخاص أن المزاج السيئ كالاكتئاب والقلق هو الذي يؤدي الى الشراهة، ويعجز البعض الآخر عن تحديد السوابق التي تؤدي بهم للشراهة، لكنهم يشيرون الى وجود شعور غير واضح من التوتر يتخلصون منه بالشراهة. كما أن هناك آخرون يصفون وجود خاصية تفككيه (Dissociative quality) ترتبط بنوبات الشراهة لديهم مثل الشعور بالخدران، أو الشعور بالابتعاد (Spaced out)، ومعظم الأشخاص يأكلون خلال اليوم دون تخطيط للوجبات (DSMIVTR, 2000).

ويؤكد بالمر (2006) Palmer على مفهوم الخاصية التفككية التي ترتبط بنوبات الشراهة، ويفسرها بأن "النوبة عبارة عن صرف الانتباه أو تقليل الانتباه وتقليل الوعي والابتعاد عن الألم وخاصة الانفعالات المؤلمة". فكأن الجسم لديه نظام دفاعي ليدافع به عن نفسه ضد الخطر. فردة الفعل الدفاعية تتضمن الامتناع عن الأكل لفترات طويلة يقطعها فترات قصيرة من الأكل السريع.

ونرى الأفراد الذين يتبعون هذا النمط من الأكل في العيادات النفسية يعانون من درجات مختلفة من السمنة. كما أن لدى معظمهم تاريخ طويل في المحاولات المتكررة لإنقاص الوزن، ثم الشعور باليأس من عدم القدرة على تقليل كميات الطعام التي يأكلونها. بينما نرى البعض الآخر قد استسلم، ولم يعد يبذل أي جهد لإنقاص وزنه بسبب الفشل المتكرر(DSMIVTR, 2000).

كما نجد في عيادات السيطرة على الوزن (Weight- control) أن الأفراد الذين لديهم هذا النمط من الأكل يعانون من السمنة، ولديهم تاريخ من تقلبات الوزن أكثر من الأفراد الذين لا يوجد لديهم هذا النمط. أما في العينات غير العيادية، فيعاني معظم الأفراد الذين يتبعون هذا النمط الغذائي من السمنة (والقليل منهم فقط لا يعانون من زيادة الوزن).

والأشخاص الذين ينجحون في القيام بالحميات الغذائية الصارمة، هم أكثر المعرضين لاضطرابات الأكل، وخاصة إذا كان لديهم ميل كبير للأكل، فأحياناً يأكلون بشره وأحياناً أخرى يحرمون أنفسهم تماماً من الأكل (Munsch & Beglinger, 2005).

إن ترافق اضطراب الأكل بالسمنة يزيد من خطورة المشاكل الطبية وما يصاحبها من مشاكل نفسية واجتماعية، خاصة أن (70%) من الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشراهة يعانون من السمنة أيضاً (Grilo, 2006) .

يرى الأفراد الذين يعانون من الشراهة أن وزنهم يؤثر على علاقاتهم مع الآخرين، وفي العمل، وعلى قدرتهم على الشعور بالارتياح مع ذواتهم. وإذا قارنا الأفراد الذين يعانون من الشراهة مع أفراد آخرين لديهم نفس الوزن لكن بدون هذا النمط من الأكل، نجد أن لديهم مستويات عالية من كره الذات، واشمئزاز من حجم الجسم، واكتئاب، وقلق، واضطرابات جسدية نفسية المنشأ، وحساسية تجاه العلاقات مع الآخرين، وينتشر لديهم اضطراب الاكتئاب الرئيسي، واضطرابات الشخصية، واضطراب إساءة استخدام العقاقير.

ويشير كندال Kendall (2006) إلى أن أكثر الاضطرابات المرافقة لاضطراب الشراهة هي: السمنة، والاكتئاب، والكحولية، واضطرابات القلق، واضطراب الشخصية الحدية، واضطراب الشخصية التجنبية، والوسواس القهري.

لقد أكد هال وكوهين Hall & Cohn (1999) على أن الأفراد الذين يلجأون إلى نوبات الشراهة ينظرون إليها على أنها وسيلة فعالة للبقاء، والاستمرار من الناحية الجسمية والانفعالية والروحية. وهذه هي الوسيلة الوحيدة التي يعرفونها، ومن دونها لن يستطيعوا الاستمرار في الحياة، فنوبات الشراهة كما يرونها هي الصديق، والحبيب، والمخبأ، ورحلة من أجل إيجاد معنى للحياة. بل هي أكثر من ذلك، فهي وسيلة للتكيف مع العالم المخيف والكبير.

وإذا نظرنا الى عينات من برامج السيطرة على الوزن، نجد أن نسبة انتشار الاضطراب تتراوح من (15%−50%) بمتوسط (30%). وتكون النساء عرضة لهذا الاضطراب (1.5) مرة أكثر من الرجال. أما نسبة الانتشار في المجتمعات غير العيادية فتتراوح من (0.7%−4%) .(DSMIVTR, 2000)

ويشير جريلو الوارد في فيربيرن وبراونل Fairburn & Brownell (2002) إلى أن نسبة انتشار اضطراب الشراهة بين الأشخاص الذين يعانون من السمنة ويلجأون إلى عيادات إنقاص الوزن تتراوح بين (20−40%). ونجد أن اضطراب الشراهة موجود لدى الرجال أيضاً

لكن بنسبة أقل. وتتراوح أعمار معظم الأشخاص المصابين باضطراب الشراهة ما بـــين (30-50) سنة.

ويبدأ هذا الاضطراب في المراهقة المتأخرة أو في أوائل العشرينات. وعادة ما يأتي بعد خسارة كبيرة في الوزن نتيجة حمية غذائية. ويبدو لـــدى الأفـــراد الـــذين يـــأتون للعـــلاج أن الاضطراب مزمن (DSMIVTR, 2000).

يشير هال وكوهين (1999) Hall & Cohn إلى أن الشخص المصاب باضطراب الشراهة يعتبر الطفل المثالي في العائلة، ويقوم بأكثر مما يستطيع من أجل إسعاد الآخرين،. ويظهر جميع الصفات التي يحبها الناس، مثل: الثقة، والاستقلالية، وحب الخروج مع الناس. لكن في الواقـــع تكون مشاعر القلق موجودة في داخله وتهدد بالخروج. وقد يعطيه الآخرون قيمة وأهمية، لأنهم يرونه على أنه لا يحتاج إلى الرعاية، ويستطيع الاعتناء بنفسه، ويبدو أكثر نضجاً من أقرانـــه، لكن في الواقع، لجوء هذا الشخص للأكل معناه: (أنني أحتاج إلى من يرعاني ويهتم بـــي، هـــل تستطيع أن تحبني كما أنا؟).

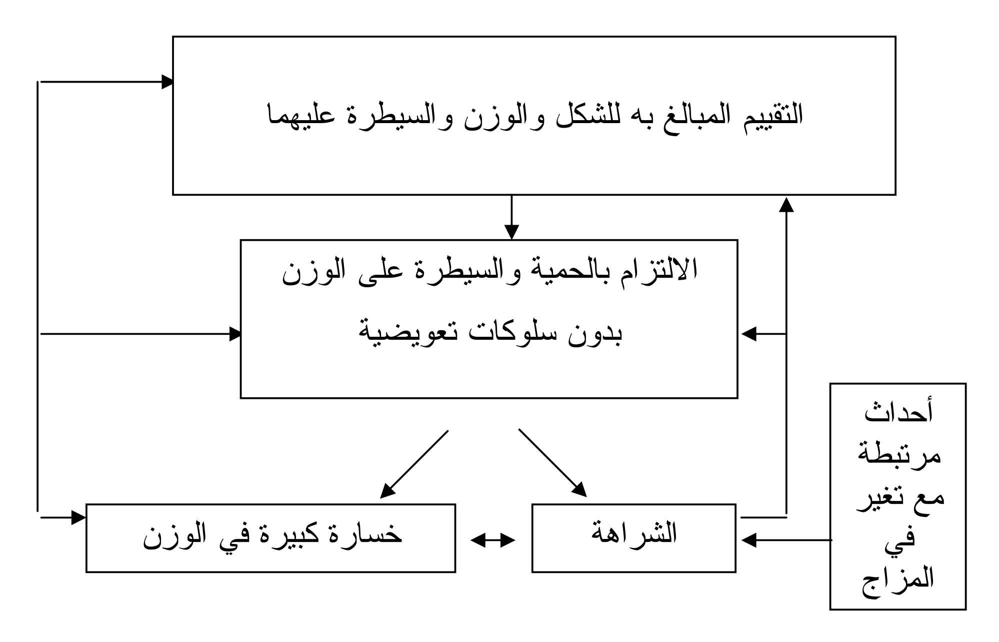
قد تخاف البنات بالذات من النضوج والخروج إلى العالم الخارجي، ذلك العالم الكبيـــر، والذي يتغير فيه دور المرأة باستمرار. فإذا لم يعطها الأهل الثقة الكافية، ولم يؤكدوا على نقـــاط القوة لديها، وإذا كانوا هم أنفسهم خائفين من خروجها للعالم ويريدون حمايتها، وإذا كانـــت الأم تؤكد على أهمية الشكل الخارجي للفتاة، عند ذلك ستلجأ هذه الفتاة إلى الأكل كملجأ وملاذ لها.

وتؤكد بيلانجي (2007) Belangee على أهمية دور الأهل وطبيعة العلاقة والتفـــاعلات داخل الأسرة. فإذا وضع الأهل" وخاصة الأم" قيمة كبيرة على الشكل الخارجي، ستتشرب البنت ذلك منذ الصغر، فالأم التي تلجأ إلى الحميات الغذائية، وتصارع من أجل الحفـــاظ علـــى وزن مثالي، ستعلم ابنتها ذلك. وإذا فشلت البنت في الحمية، وفي الحفاظ علـــى المظهـــر النحيـــف، ينخفض تقديرها لذاتها، وتشعر بعدم الفعالية والدونية. من هنا قد تلجأ إلـــى نوبـــات الـــشراهة للتكيف مع عقدة النقص لديها، وهي تظن أنها بهذه الطريقة تحل المشكلة.

بالإضافة إلى ما سبق، يصدر هؤلاء الأشخاص أحكاماً قاسية حول أنفسهم والآخـــرين، ويجدون صعوبة بالغة في التعبير عن مشاعرهم باستعمال الكلمات، ويخـــافون مـــن الانتقـــاد، ويتفادون الخلافات، ولديهم تقدير ذات منخفض. كل هذه الصفات تجعل مـــن الـــصعب علـــيهم تكوين صداقات مع الآخرين، وإذا كانوا قد تعرضوا للإساءة الجسمية أو الانفعالية وهم صغاراً،

فسيجدون صعوبة في منح الآخرين ثقتهم. كما يريدون حماية أنفسهم من رفض الآخرين لهم. هكذا يصبح الأكل هو الصديق الوحيد الذي لن يخذلهم (Hall & Cohn, 1999).

وقد قام فيربيرن (2008) Fairburn بتفسير اضطراب الشراهة في المخطط التالي المبين في الشكل رقم (1):



شكل (1) تفسير اضطراب الشراهة كما ورد في فيربيرن (Fairburn, 2008).

يأتي الأشخاص المصابون باضطراب الشراهة للعلاج بعد أن يبلغوا متوسط العمر، أي ما بين (30-50) سنة. ويكون اضطراب الشراهة متقطعاً وليس مستمراً، حيث يشير معظم المرضى إلى أنهم يميلون إلى الشراهة في أوقات محددة، ويستطيعون السيطرة على أنفسهم في أوقات أخرى. وفي المحصلة يميل هؤلاء المرضى إلى الأكل الزائد، مما يؤدي الى زيادة الوزن.

ويكمن أساس اضطراب الأكل في التقييم المبالغ به للشكل والوزن والسيطرة عليهما، فيقيم المريض نفسه، ويحكم عليها فقط من خلال الشكل والوزن وقدرته على السيطرة عليهما. يعتبر الانشغال الدائم بالشكل والوزن هو العرض الأساسي لاضطرابات الأكل، فتبدأ الشراهة بمحاولة المريض السيطرة على الأكل، والالتزام بحمية محددة بشكل كبير، ورفض تبني

إرشادات عامة حول كيفية الأكل الصحي. بدلاً من ذلك يتبع قوانين صارمة جداً ومحددة جـداً بالحمية الواجب إتباعها. يصاحب هذه القوانين الميل لرد الفعل المبالغ به والسلبي الذي يقوم به الشخص تجاه الشيء المحتوم وهو كسر هذه القوانين. هكذا ينظر هذا الشخص إلى أي اختلاف عن قوانين الحمية حتى لو أنه اختلاف بسيط على أنه عدم قدرة على السيطرة على الذات (Fairburn, 2008).

هكذا يستجيب المرضى لخرق القوانين بترك التحكم والحمية لفترة مؤقتة، والاستسلام للرغبة في الأكل؛ لذا بعد الالتزام الصارم بالحمية تأتي فترة قصيرة من عدم السيطرة على الأكل ونوبات الشراهة، وهكذا يصبح سلوك الأكل فوضوي. كل ذلك يعزز من قلق المريض حول وزنه وشكله، وبالتالي يشجعه على التزام أقوى بالحمية. كل ذلك يؤدي إلى زيادة الخطر من نوبات الشراهة في المستقبل (Kendall, 2006).

إن كيفية بدء اضطراب الشراهة مثار جدل بين العلماء، حيث اختلفوا حول السؤال التالي: **هل يسبق اضطراب الشراهة الحمية أم العكس هو الصحيح؟**

فقد أعلن (35-55%) من الأشخاص المصابين باضطراب الشراهة أن بداية الاضطراب لديهم قد سبقت أول محاولة للقيام بالحمية الغذائية، حيث بدأ اضطراب الشراهة لدى هؤلاء الأشخاص عندما كانوا في عمر (11-13) سنة، في حين أعلن (39-65%) من الأشخاص المصابين باضطراب الشراهة أنهم بدأوا يعانون من هذا الاضطراب في عمر (25-26) سنة. فقد بدأوا بالحميات الغذائية منذ وقت مبكر، ثم أتى اضطراب الشراهة بعد الحمية. فقد بدأت زيادة الوزن لديهم، وتشخيص اضطراب الأكل منذ وقت مبكر. كما عانوا من مشاكل أخرى، مثل اضطرابات الشخصية، وذلك نتيجة تعرضهم منذ الصغر لانتقادات تتعلق بالوزن، مما أدى إلى صعوبة أكبر في العلاج (Munsch & Beglinger, 2005).

لقد أشار ديفسون ونيل (2003) Davison & Neale إلى انتشار اضطراب الشراهة في العيادات التي ترتادها النساء اللواتي يردن إنقاص أوزانهن. فنجد أن اضطراب الشراهة ينتشر في المجتمع أكثر بكثير من الأنوريكسيا والبوليميا، ونجد أن أكثر من (6%) من الأشخاص الذين ينجحون بالقيام بالحمية ويخسرون الكثير من أوزانهم يعانون من اضطراب الشراهة، ونجد أنه ينتشر بنسبة (19%) بين الأشخاص الذين لا ينجحون بالحمية، ولا يخسرون من وزنهم.

وقد أكد فيفر Pfeiffer (2002) على أن الأشـخاص المـصابين باضـطراب الـشراهة يضعون لأنفسهم أهدافاً غير واقعية ومعايير عالية، ويقسون علـى أنفـسهم إذا لـم يـستطيعوا تحقيقها، ولديهم تفكير قطبي (كل شيء أو لا شيء)، فإما حمية صارمة أو نوبة شـراهة، إمـا النجاح التام في التخلص من الشراهة أو الاستمرار فيها. فهم لا يفكرون بأفكار مثل القيام ببعض التغييرات البسيطة، أو النمو التدريجي للتخلص من هذه المشكلة شيئاً فشيئاً، فهؤلاء الأشـخاص مدمنون على الحميات، والحرمان الذي يشعرون به بسبب الحمية يؤدي الى مزيد مـن نوبـات الشراهة. وهم لا يأكلون كاستجابة للجوع الجسمي بل استجابة لمثيرات غير جسمية مثل كيفيـة الشعور، أو شكل الجسم بالمرآة، أو شكل الملابس على الجسم وغيرهم.

وقد أشار جارنر وجارفنكل Garner & Garfinkel (1997) إلى أهمية الحمية فـي حيـاة الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشراهة مقارنة مع أنواع أخرى من اضطرابات الأكل، حيث يتصف هؤلاء الأشخاص بسيطرة أقل على الأكل، وخوف أكبر من زيادة الوزن، وانشغال أكبر بالأكل والوزن، وعدم رضا أكبر عن شكل الجسد، ولديهم رغبة قوية لإنقـاص وزنهـم، ويكافحون باستمرار من أجل استعادة السيطرة على وزنهم وعلى أكلهم، ولديهم معـايير عاليـة للحمية مترافقة مع فعالية منخفضة لهذه الحمية.

هناك حقيقة مؤكدة أن انحراف المرضى عن الالتزام بالحمية ونوبات الشراهة لا تـأتي فجأة من لا شيء، بل تحدث كاستجابة لأحداث الحياة اليومية السلبية والمزاج السلبي. مما يؤدي جزئياً الى صعوبة المحافظة على الالتزام بالحمية تحت هذه الظروف. أما الجزء الثاني فيعـود الى أن الشراهة تحسن من المزاج السلبي مؤقتاً، وتشتت المريض عن التفكير بالصعوبات التي تواجهه؛ لهذا كله يأخذ العلاج وقتاً طويلاً ويكون التغيير تدريجياً (Fairburn, 2008).

يعتبر المزاج السلبي negative mood من أهم سوابق نوبات الـشراهة، فقـد وجـدت الأبحاث أن الأشخاص المصابين باضطراب الشراهة يتعرضون للمزاج الـسلبي قبـل نوبـات الشراهة. من السوابق الأخرى لنوبة الشراهة انخفاض درجة الوعي، والشعور بفقدان الـسيطرة على الأكل، واشتهاء الحلويات. إن الجمع بين المزاج السلبي والحرمان من الوحدات الحراريـة يزيد من حدوث نوبات الشراهة لدى النساء المصابات بها. وذلك لأن حرمان النفس من الأكـل يثير المزاج السلبي لدى الشخص، وهو بدوره يؤدي لعدم السيطرة على الـذات أثنـاء الأكـل. فالاضطرابات الانفعالية بشكل عام واضطرابات المزاج بشكل خاص متوارثة بين الأقارب الذين يعانون من اضطرابات الأكل (Munsch & Beglinger, 2005; Fairburn & Brownell, 2002).

ويؤكد هال وكوهين Hall & Cohn (1999) على ما سبق، فبشكل عـام يـصبح النـاس مدمنين على بعض الأشياء، والسلوكات التي تجنبهم المشاعر المؤلمة الماضية والحاضرة التـي توجد جذور بعضها في مرحلة الطفولة، مثل شعور الشخص بأنه غيـر محبـوب أو شـعوره بالخجل، أو الخوف، أو عدم الكفاءة. والبعض الآخر يأتي من الشعور بالـضغط ليكـون مثـل الرفاق والأصدقاء، لكن أصعب المشاعر هي المشاعر المرتبطة بتدني تقدير الذات، حيث يشعر الشخص أن لا قيمة له وأن حياته ليس لها أي قيمة أو هدف، وأنه لن يكون سعيداً أبداً. وتستعمل السيدات المصابات باضطراب الشراهة الأكل من أجل التكيف مع المشاعر السلبية، فالأكل يوفر لهن الراحة و/أو الابتعاد عن المشاعر السلبية. فالأكل الشره عبارة عن محاولة للتحكم بالخبرات الانفعالية السلبية.

يؤكد بالمر (2006) Palmer على أن الأشخاص المصابين باضطراب الشراهة يعـانون من صعوبات في التعامل مع الانفعالات، وعجز في التعبير عنها alexithymia، ووضعها علـى شكل كلمات، فهم يتعاملون مع المشاعر بالهروب منها. وقد أطلـق علـى هـذه الحالـة اسـم اضطراب في التعاطف.

ويؤكد هال وكوهين Hall & Cohn (1999) على أهمية تأثير الانفعالات على السيدة التي تعاني من اضطراب في الأكل. فهذه السيدة تخاف من شدة الانفعالات الموجودة داخلها، ولـيس لديها خبرة في التعامل مع المشاعر، بل أحياناً لا تستطيع التمييز بين شعور وآخر، والمجتمـع يتوقع منها أن تحافظ على الهدوء، وأن لا تعبر عن شعورها بالغضب مثلاً، وهـي لا تعـرف كيف، هكذا تصبح السيطرة على الأكل هي الوسيلة التي تتبعها السيدة لتشعر أنها تسيطر علـى نفسها، وتصبح النحافة مقياس السيطرة، فتلجأ للحميات لضمان ذلك.

عوامل الخطورة المؤدية لاضطراب الشراهة:

بشكل عام، إن الأبحاث التي تناولت عوامل الخطورة المؤدية لاضطراب الشراهة قليلة جداً. حيث تشير الدراسات إلى أنه ينظر إلى أسباب اضـطرابات الأكـل باعتبارهـا متعـددة العوامل، منها: عامل الوراثة، والعوامل الثقافية، والعوامل الاجتماعية، والعوامـل الشخـصية، والعوامل العائلية.

إن الدراسات التي تناولت عامل الوراثة كانت قليلة ونتائجها متناقضة . أمـا العوامـل النفسية والاجتماعية فقد أجريت عليها العديد من الدراسات التي خلصت إلـى النتـائج التاليـة:

تعرضت النساء المصابات باضطراب الشراهة إلى خبرات سيئة في مرحلة الطفولة، مثل: الإساءة الجنسية أو الجسمية أو التنمر، كما تعرضن إلى مشاكل عائلية، مثل: وجود اضطرابات نفسية لدى الوالدين، أو انتقادات من الوالدين، أو نقص في المشاعر، أو إهمال، أو حماية زائدة، كما تعرضن إلى انتقادات سلبية حول الشكل الخارجي، والوزن، والأكل.

كما يكون لدى هؤلاء الأشخاص نقاط ضعف نفسية واجتماعية في مرحلة الطفولة مثل التقييم السلبي للذات والشعور بالخجل، وعلى الأغلب يكون مستوى السمنة أعلى لديهم في مرحلة الطفولة. كل ذلك يزيد من خطورة تطور اضطراب الشراهة (Munsch & Beglinger, 2005).

وتؤكد الأبحاث أن النساء المصابات باضطراب الشراهة يتعرضن لمستويات عالية من الانفعال السلبي، ومزاجية الأهل، وتعاطي المخدرات، والنزعة نحو الكمال، والانفصال المبكر عن الأهل، ومشاكل في الأمومة. وتشير الأبحاث أيضاً إلى أهمية العوامل العائلية كعوامل خطورة في تطوير اضطرابات الأكل، مما يدل على تعرض أكبر لمشاكل الأكل العائلية، وعدم التوافق العائلي، ومطالب الأهل المرتفعة، والسمنة والخبرات السلبية في مرحلة الطفولة، والتعرض المستمر للانتقادات السلبية حول الشكل والوزن وسلوك الأكل، بالإضافة إلى عدم الانفتاح على العالم الخارجي (Munsch & Beglinger, 2005; Fairburn & Brownell, 2002).

أشار هال وكوهين Hall & Cohn (1999) إلى أهمية العائلة في تطوير اضطرابات الأكل لدى الأبناء، حيث يأتي الأفراد المصابين باضطرابات الأكل عادة من عائلات لا تلبي حاجات أفرادها الجسمية، أو الانفعالية، أو الروحية. وفي بعض هذه العائلات لا يتم التعبير عن الحاجات تعبيراً لفظياً، ومهارات الاتصال لدى أفرادها ضعيفة. وقد يكون لدى العائلة تاريخ من الاكتئاب، أو الكحولية، أو إدمان المخدرات، أو اضطرابات الأكل. وقد يكتشف الطفل بشكل غير واع أن الهرب من هكذا جو عائلي هو الوسيلة الأمثل، فيصبح الأكل هو المخدر الذي يدمن عليه.

لقد وجد ستايس وزملاؤه المشار إليهم في مانش وبيجلنجر Munsch & Beglinger (2005) العديد من عوامل الخطورة التي تؤدي إلى اضطراب الشراهة وتتضمن اللجوء للحميات الغذائية، والضغط من أجل النحافة، ورؤية نموذج أكله مضطرب، والتقييم المبالغ به للشكل الخارجي، وعدم الرضا عن الجسد، وأعراض الاكتئاب، والأكل الانفعالي، ومؤشر كتلة الجسم،

وتقدير الذات المنخفض، وقلة الدعم الاجتماعي. فعندما نحلل عوامل الخطورة نجد أن الخطورة تزداد لدى النساء اللواتي لديهن تقييم مبالغ فيه للشكل الخارجي، ومؤشر مرتفع لكتلة الجسم، ويقمن بالحميات الغذائية.

كما أشار فيربيرن وبراونل Fairburn & Brownell (2002) إلى أن من أهم عوامل الخطورة التي تؤدي لاضطرابات الأكل هو الحمية الغذائية، وإذا كان سلوك الأكل اليومي فوضوي ستزداد خطورة تطوير اضطرابات الأكل، وذلك لأن الحمية لها نتائج بيولوجية معرفية وانفعالية تجعل الشخص معرضاً لاضطرابات الشراهة. فبالحمية ينخفض هرمون السيروتينين في الجسم، ويعتقد الشخص بأنه محروم فيفقد السيطرة على سلوك الأكل. يؤدي فقدان السيطرة إلى التشويه المعرفي (لا شيء أو كل شيء). فإما أن تكون الحمية صارمة وإما لا يقوم بالحمية أبداً؛ فلا يفكر الشخص باتباع قواعد عامة للسلوك الصحي في الغذاء. وهكذا يفقد السيطرة وتحدث لديه نوبات الشراهة. وتتضمن هذه النوبات عادة تناول الأكل الذي حرَمه الشخص على نفسه بالحمية وهو عادة الأكل المليء بالسكريات والدهنيات.

لماذا تعاني النساء أكثر من الرجال من اضطراب الشراهة؟

أشارت الدراسات إلى تعرض النساء والفتيات لاضطرابات الأكل بشكل أكبر من الرجال، فنجد أن ثلث البنات البالغات من العمر (9) سنوات فما فوق لديهن خوف شديد من زيادة الوزن، وأن نصفهن يقمن بالحميات الغذائية. ومن أهم أسباب ذلك:

- تأثير الثقافة وبالأخص صناعة الأزياء والدعايات، فخلال العقود الأخيرة تم الترويج في المجلات والتلفاز أن السيدة لا تكون جميلة وجذابة إلا إذا كانت نحيفة.

- معظم الممثلات وعارضات الأزياء اللواتي تتطلع لهن البنات تكون أوزانهن أقل من المعدل الطبيعي (Oltmanns & Emery, 2004).

- تصميم الأنظمة في المؤسسات والشركات بطريقة تناسب الرجل، فتؤكد على الاستقلالية والمنافسة مما يخلق المشاكل للنساء اللواتي يشعرن براحة أكبر إذا كان مكان العمل يتصف بالتعاون والمشاركة والاعتماد المتبادل (Alloy, Riskind & Manos, 2005; Hall & Cohn, 1999)

- إطلاق أحكام على النساء وفقاً لمظهرهن الخارجي وليس الداخلي، لذا صورة الجسد مهمة جداً للمرأة. وقد أشارت إحدى الدراسات أن (56%) من النساء غير راضيات عن صورة جسدهن (Rasberry, 2008).

- الاستهلاك المتزايد للأكل السريع والذي يتم الترويج له بشدة.

- التغييرات الكبيرة في الأنشطة التي يقوم بها الشخص في أوقات الفراغ من أجل المتعـــة، فعلى مر السنين أصبحت هذه الأنشطة تمتاز بقلة الحركة.

- التغييرات في الحياة اليومية، وقلة الوقت، وضغوط العمل، وتفكك الأسرة، كلها عوامـــل تدفع بعض النساء للأكل وحدهن، حيث يستهلكن الكثير من وجبات الأكل السريعة الغنية بالسعرات الحرارية (Kardorff & Ohlbercht, 2008).

سيكولوجية اضطراب الشراهة:

قام فيربيرن وبراونل Fairburn & Brownell (2002) بالنظر إلى سيكولوجية اضطراب الشراهة من خلال التحليل الوظيفي للسلوك من أجل فهم أفضل للعلاقة بين العوامل السلوكية والمعرفية، والانفعالية، والعلاقات الشخصية، واضطراب الشراهة.

السوابق بعيدة المدى:

هي العوامل التي تهيئ الشخص لاضطراب الشراهة، وتتضمن العوامـــل الاجتماعيـــة (مثل الإعلام وضغط الأصدقاء)، والعائلة (مثل التعلق والتفاعل مع الأهل)، والعلاقـــات البـــين شخصية (مثل الإهمال والإساءة)، والعوامل النفسية (مثل الاعتقادات وتقدير الذات المـــنخفض، والنزعة نحو الكمال، وضعف السيطرة).

السوابق قريبة المدى:

هي المثيرات الفورية التي تؤدي لاضطراب الشراهة، مثل الامتناع عن الأكل، والحالة الانفعالية السلبية للشخص. يقال أنه في بداية الاضـــطراب تثـــار نوبـــات الـــشراهة بالحالـــة الفسيولوجية كالجوع وشدة الحرمان من الأكل. لكن كلما تطور الاضطراب واســـتمر بالتفـــاقم، كلما تأثر الشخص بالحالة الانفعالية، وأصبحت هي المثير والمسبب لنوبات الشراهة، حيث يتعلم الشخص من الخبرة أن نوبات الشراهة تكبح المشاعر المؤلمة وتمنعها من الظهور. بالإضافة لما

سبق، أشارت الأبحاث إلى أن التفاعلات الاجتماعية السلبية تعتبر مثيرات فورية لنوبات الشراهة، فهي تؤثر على الحالة الانفعالية، والتي بدورها تؤدي لنوبات الشراهة. وتعتبر الحالات الانفعالية التالية التي تتأثر بالتفاعلات الاجتماعية من أهم مسببات النوبات، وتتضمن الشعور بالوحدة، والقلق، والغضب، والملل، والاكتئاب.

ومن السوابق المهمة الأخرى العوامل المعرفية، حيث يضع الشخص قواعد صارمة ومعقدة للقيام بالحمية. وطبعاً سيفشل لأنها صعبة، فيفسر ذلك على أنه دليل على عدم قدرته على السيطرة على أكله، فعدم القدرة المدركة تؤدي إلى التخلي المؤقت عن السيطرة، ويتضح ذلك بنوبات الشراهة.

أما هال وكوهين Hall & Cohn (1999) فقد أشارا إلى وجود العديد من المثيرات التي قد تؤدي بالشخص إلى نوبة الشراهة منها:

- الوقوف على الميزان وإيجاد أن الوزن قد ارتفع، فإذا كان الرقم أعلى من السابق سيحفز على النوبة.
- أكل نوع من أنواع الأكل المحرم مثل الحلويات.
- أكل لقمة واحدة أكثر مما يسمح به عادة الشخص لنفسه.
- الانفعالات المؤلمة والصعبة التي لا يعرف الشخص كيفية التعامل معها.
- حدث صادم يحاول الشخص الهروب منه للنوبة.
- التفكير بالأكل والانشغال به قد يؤدي إلى النوبة.

النتائج الفورية:

من النتائج قصيرة المدى لاضطراب الشراهة، تقليل مستوى الشعور بالجوع، وزيادة الشعور بالمتعة بعد الأكل، وكبح الوعي بالحالات الانفعالية والمعرفية المؤلمة. وتفادي التفكير بالوضع الاجتماعي والعلاقات الشخصية السلبية التي أدت للمشاعر المؤلمة، فبالأكل يقوم الشخص بالهروب، وذلك لأن الأكل متوفر بسهولة ونتائجه سريعة.

النتائج بعيدة المدى:

بالإضافة إلى النتائج قصيرة المدى، نجد نتائج بعيدة المدى لاضطراب الشراهة. يحاول الشخص بعد حدوث نوبة الشراهة اللجوء لأشياء تعوضه عما أكله في النوبة. هذه التعويضات تقلل من الشعور بالقلق بشأن زيادة الوزن، وتعيد للشخص القدرة على السيطرة على انفعالاته، وعلاقاته مثل اللجوء للرياضة، أو اللجوء للحمية مرة أخرى، فيعاود الكرة مرة أخرى بمحاولة اللجوء للحمية الصارمة، ثم الشعور بالجوع والحرمان (Fairburn & Brownell, 2002) .

السمنة:

لقد أصبحت زيادة الوزن والسمنة في الوقت الحالي مشكلة خطيرة وأساسية في العديد من بلاد العالم لدرجة أنها أصبحت واحدة من أكبر المشاكل الصحية في العالم؛ والسبب الأساسي هو التزايد السريع لأعداد الأطفال والبالغين المصابين بالسمنة. وتعتبر السمنة مرض مزمن مرتبط ببعض الأمراض الأخرى وبالوفاة، فالسمنة عبارة عن اضطراب معقد بسبب المدخلات البيولوجية والبيئية التي تؤثر على توازن الطاقة. وتشير الاحتمالات إلى توجه جسم الإنسان عبر تاريخ الإنسانية نحو الحفاظ على الطاقة لاستعمالها في أوقات المجاعات. واسلوب الحياة المعاصرة فيما يتعلق بالنشاط والأكل تدفع الناس باتجاه زيادة الوزن . ويعتقد العلماء أنه سرعان ما سنجد أن السمنة ستصبح السبب الأول والأهم الذي يؤدي إلى الوفاة بدلاً من التدخين (Munsch & Beglinger, 2005) .

فبسبب سهولة الحصول على الأكل في العالم، وقلة النشاط الجسمي، والاستجابة البيولوجية للجسم في الحفاظ على الدهون لاستعمالها في الأوقات الصعبة، زادت نسبة السمنة لدى الكبار، فنجد في الولايات المتحدة زيادة سريعة في عدد الأشخاص المصابين بالسمنة. ففي عام (1960) كان (30.5%) من السكان البالغين يعانون من السمنة. أما الآن ومع بداية القرن الواحد والعشرين فقد زادت النسبة إلى أكثر من (60%). وفي دراسة مسحية قامت بها منظمة الصحة العالمية، أظهرت النتائج زيادة ملحوظة في نسبة السمنة، فوجدت الدراسة أن نسبة الأشخاص الذين يعانون من السمنة، وكان مؤشر كتلة الجسم لديهم أكبر من (30) هي (13.4%) في عام (1960). ارتفعت هذه النسبة إلى (14.5%) في عام 1973. وارتفعت أكثر إلى (15%) في عام (1980)، وإلى (23%) في عام (1994). وفي عام (2000) ارتفعت إلى

أكثر من (31%) لدى الرجال والنساء مما يدل على زيادة مستويات السمنة وبالتالي زيادة الأمراض المرافقة لها مما يؤدي إلى زيادة نسبة الوفيات المرتبطة بالسمنة وأمراضها (Munsch & Beglinger, 2005).

والأمر الذي يخيف العلماء في الوقت الحاضر هو زيادة معدلات السمنة لدى الأطفال، حيث نجد أن (15%) من الأطفال والمراهقين يعانون من السمنة. والسمنة لدى صغار السن لها نتائج نفسية وجسمية سيئة جداً، فالصغار لا يستطيعون مثل الكبار التكيف مع مشاعر الخجل التي يلحقها بهم المجتمع بسبب وزنهم. ولا يعرفون التعامل مع التعليقات الساخرة من زملائهم. وأكثر المتأثرين هم الفتيات (Alloy et al., 2005).

ويعرف جريلو (2006) Grilo السمنة بأبسط صورة ممكنة بأنها تحدث نتيجة أن مدخلات الأكل إلى الجسم أكبر مما يصرفه من الطاقة، أي أن استهلاك السعرات الحرارية اليومية أكبر من صرفها. وتختلف أسباب عدم التوازن في الطاقة، فقد تكون الأسباب بيولوجية أو وراثية أو بيئية أو نفسية أو اجتماعية أو سلوكية. وهي تختلف من فرد إلى آخر، وحتى داخل الفرد نفسه في مراحل الحياة المختلفة.

أما كابلان وسادوك (1998) Kaplan & Sadock فقد عرفا السمنة على أنها "التراكم المفرط للدهن في الجسم". ويمكن حساب السمنة بناءاً على الجداول المنتشرة في المراجع الطبية وغيرها والتي تقرن الوزن بالطول. إلا أن مؤشر كتلة الجسم فيعتبر مؤشر أكثر دقة وأفضل من الجداول. وتنتشر السمنة بين النساء في الطبقات الاقتصادية والاجتماعية الدنيا بنسبة (6) مرات أكثر من انتشارها بين النساء في الطبقات العليا. ويزداد انتشار السمنة بين الأعمار (20–50) سنة. ويستقر وزن الرجل عادة بعد أن يبلغ الخمسين من عمره ثم يبدأ بالإنخفاض، أما النساء فيستمر وزنهن بالزيادة حتى يصلن الستين من العمر، ثم يبدأ بالانخفاض. وتعتبر السمنة في مرحلة الطفولة متنبئ قوي بالسمنة عند الكبر.

لقد حصل تقدم كبير في مجال فهم السمنة وأسبابها وطرق علاجها. لكن بالرغم من هذا التقدم فوباء السمنة (كما يفضل العلماء تسميته) ينتشر بسرعة كبيرة، فطبيعة جسم الإنسان وطبيعة البيئة المحيطة به يعملان ضد خسارة الوزن في معظم البلاد المتقدمة. ولأن قدرتنا على السيطرة على العوامل البيولوجية ضعيفة، يجب أن نركز على تعديل الانفعالات والأفكار والسلوكات للشخص المصاب بالسمنة (Munsch & Beglinger, 2005).

يقول باكرويد وروثر (2008) Buckroyd & Rother إن الأشخاص يلجأون إلى الأكل كاستجابة للشعور بالكرب الانفعالي، لكنهم يتعلمون الإكثار من الأكل من عائلاتهم الأصلية، إما عن طريق النمذجة أو عن طريق نظام المكافآت والتعزيزات الذي يستعمله الأهل. فالسمنة مرتبطة مع العديد من المشاكل الجسمية والنفسية، لهذا يحتاج الشخص السمين إلى تغيير أسلوب حياته ليستطيع التغلب على هذه المشكلة. فلا يكفي أن نقول للشخص عليك أن تقوي إرادتك وتأكل أقل وتتمرن أكثر، لأن الأكل مرتبط بالعديد من العوامل الانفعالية والاجتماعية والثقافية. فبالإضافة إلى ارتباط الأكل بالناحية الاجتماعية والثقافية، نجد أن بعض أنواع الأكل مثل السكريات، والدهون، والكربوهيدرات تغير الحالة المزاجية للشخص وتحسنها، فالرجال يفضلون تناول اللحوم لتحسين حالتهم المزاجية، أما النساء فيفضلن الشوكولاته والمثلجات.

والسمنة مرتبطة باضطراب الشراهة ومنفصلة عنه في نفس الوقت، فبعد التعرف على اضطراب الأنوريكسيا واضطراب البوليميا، بدأ العلماء بالتعرف على اضطراب من نوع جديد مرتبط في معظم الأوقات بالسمنة. وتم تعريفه باضطراب الشراهة بدون السلوكات التعويضية. وحتى الآن من غير الواضح هل السمنة تسبب اضطراب الشراهة، أم أن اضطراب الشراهة يسبب السمنة، أم أنهما مرتبطان ببعضهما فقط. ولأن تعريف اضطراب الشراهة تم حديثاً، فما زال بحاجة للكثير من الأبحاث للتعرف على مساره الإكلينيكي وعلاجه (Munsch & Beglinger, 2005).

ويشير جريلو (2006) Grilo إلى أن هناك فروقاً بين الأشخاص الذين يعانون من الشراهة والأشخاص الذين يعانون من السمنة دون حصول نوبات الشراهة. فبشكل عام، يعاني الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشراهة والسمنة معاً من الفوضى في أنماط الأكل، وتاريخ من تذبذب الوزن. فهم يأكلون عدد أكبر من الوجبات خلال الأسبوع ولديهم نوبات من الشراهة. وتحدث نوبات الشراهة كاستجابة للحالات الانفعالية المختلفة، بالإضافة الى ذلك يحدث الأكل لديهم خلال الليل بمعدل أعلى مما هو لدى الأشخاص الذين يعانون من السمنة فقط دون اضطراب الشراهة.

ويؤكد مانش وبيجلنجر (2005) Munsch & Beglinger أنه بالرغم من إشارة العديد من الدراسات إلى ارتباط الشراهة بالسمنة، إلا أنه تم إيجاد فروق عديدة بين الأشخاص المصابين باضطراب الشراهة والأشخاص الذين يعانون فقط من السمنة. فقد وجدت الدراسات مستويات أعلى من الأمراض النفسية المصاحبة لدى الأشخاص الذين يعانون من الشراهة أكثر مما هو

لدى الأشخاص الذين يعانون من السمنة فقط، خاصة الاكتئاب واضطراب الشخصية الحدية، حيث يظهر لدى هؤلاء الأشخاص ميل شديد للجوء إلى الأكل كاستجابة للحالات الانفعالية التي يعانون منها. كما يعتبر الشعور بالكرب من صورة الجسد مظهر مرضي لدى المصابين بالشراهة أكثر من المصابين بالسمنة فقط.

وتشير كاتزمان وبنهاس Katzman & Pinhas (2005) إلى أن المشكلة تتفاقم إذا بدأ الشخص يعاني من السمنة منذ الصغر. عندها سيكون اهتمامه أكبر بالوزن والشكل والأكل، وسيصبح لديه ميل كبير للامتناع عن الأكل، وسيلجأ إلى الحمية، فالمراهقون الذين يلجأون إلى الحمية على الأغلب سيتطور لديهم اضطراب الأكل فيما بعد بنسبة أكبر من الذين لم يبدأوا بالحميات منذ الصغر. ونلاحظ أن كل اضطراب شراهة تقريباً يبدأ من أية محاولة لإنقاص الوزن. وتتفاقم المشكلة إذ كان هذا الشخص يتعرض للتنمر منذ الصغر بسبب وزنه، لأن ذلك سيؤثر سلباً على تقديره لذاته وثقته بنفسه، فالأطفال يتعلمون منذ الصغر أن كلمة "سمين" هي كلمة سيئة.

أشار كل من جريلو Grilo (2006) ومانش وبيجلنجر Munsch & Beglinger (2005) إلى أنه بالإمكان قياس السمنة باستخدام مقياس مؤشر كتلة الجسم Body Mass Index (BMI) الذي يمكن حسابه بالمعادلة التالية:

الوزن (بالكغم) ÷ الطول (بالمتر) ^{2}

وتم تصنيف الأفراد حسب مؤشر كتلة الجسم إلى الفئات التالية:

BMI اقل من (18.5) أقل من الوزن الطبيعي.

(18.5 – 24.9) وزن طبيعي.

(25 – 29.9) زيادة في الوزن.

(30 – 34.9) سمنة فئة رقم (1).

(35 – 39.9) سمنة فئة رقم (2).

أكثر من (40) سمنة مفرطة.

وكلما زاد مؤشر كتلة الجسم، كلما زاد خطر الإصابة بالأمراض وخاصة أمراض القلب المميتة.

كما أشار فيربيرن وبراونل (2002) Fairburn & Brownell إلى أنه بالإضافة الى مؤشر كتلة الجسم، يمكننا استخدام مقياس محيط الخصر Waist Circumference (WC) لتصنيف السمنة وذلك إذا كان مؤشر كتلة الجسم أكبر من (25). فمقياس محيط الخصر يحدد سمنة البطن، حيث يجب ألا يزيد محيط الخصر للسيدات عن (80 سم) ، وللرجال عن (92 سم). وتزداد الخطورة إذا كان محيط الخصر أعلى من الأرقام السابقة، وإذا أصبح للسيدات أعلى من (88سم)، وللرجال أعلى من (102سم)، اعتبر أن هذا الشخص يعاني من السمنة. وبالتالي تزيد مخاطر الإصابة بالأمراض أو الوفاة.

أسباب السمنة:

يذكر فوجل الوارد في مانش وبيجلنجر Munsch & Beglinger (2005) أن أسباب السمنة عديدة منها:

أولاً: العوامل الوراثية:

لقد أثبتت أبحاث الوراثة أن السمنة تميل لتكون متوارثة داخل العائلات، حيث يفترض وجود مجموعة من الجينات التي تؤثر على مستوى الدهون في الجسم مثل مدخلات ومخرجات الطاقة وتخزين الوحدات الحرارية على شكل دهون، وبروتين، والجليكوجين. فأظهرت الدراسات أنه كلما زاد مؤشر كتلة الجسم لدى العائلة، كلما زادت خطورة الإصابة بالسمنة لدى أفرادها. وأشار الباحثان داود وحمدي (2001) إلى أن السمنة تسري في العائلات، فعندما لا يكون الأبوان سمينين، يكون هناك احتمال (7%) لأن يصبح الطفل سميناً عندما يكبر. وإذا كان أحدهما سميناً، يصبح احتمال أن يصبح الطفل سميناً (50%)، وإذا كان كلا الأبوان سميناً فيكون الإحتمال (80%) لأن يصبح الطفل سميناً عندما يكبر.

ثانياً: عوامل ما قبل الولادة:

أظهرت الدراسات أن الحرمان من التغذية في مراحل الحمل الأولى الحرجة يؤدي الى ولادة طفل وزنه أقل من الوزن الطبيعي، ويرتبط ذلك طردياً مع زيادة وزن هذا الطفل بشكل

أكبر من المعدل خلال الطفولة والشباب. كما يرتبط الوزن الزائد للطفل عند الولادة بزيادة احتمال السمنة خلال مرحلة الطفولة. كما أن الأطفال الذين يولدون لأمهات يعانين من السكري يزيد خطر تعرضهم للسمنة فيما بعد. لقد أظهرت الأبحاث أن التفاعل بين الجينات والبيئة، يبدأ مبكراً في الحياة منذ لحظة تكون الجنين. يجب أن نبدأ الإجراءات الوقائية من السمنة في مرحلة مبكرة من حياة الطفل المعرض للسمنة.

ثالثاً: عادات الحمية الغذائية:

لقد أظهرت الدراسات أنه من المهم عند الحديث عن السمنة البحث ليس فقط عن كمية الطعام، بل أيضاً عن نوعيته، حيث أن هناك علاقة طردية ثابتة بين وزن الجسم واستهلاك الدهون، لكنها علاقة سلبية مع استهلاك الكربوهيدرات بعكس الإعتقاد الشائع بأن الكربوهيدرات هي المسبب الرئيسي للسمنة . فالأشخاص المصابون بالسمنة، يحصلون على أكثر من (46%) من الوحدات الحرارية التي يحتاجونها من الدهون، بينما يحصل الناس بشكل عام على (30%) من الوحدات الحرارية التي يحتاجونها من الدهون. لهذا علينا النظر إلى استهلاك الدهون أكثر من استهلاك الكربوهيدرات لتخفيض السمنة.

رابعاً: سلوك الأكل:

تحدث السمنة نتيجة أن مدخلات الطاقة تفوق المخرجات، فالشخص يأكل أكثر مما يحتاج. وبالرغم من تعدد المدارس وتعدد النظريات التي تفسر سبب لجوء الأشخاص الذين يعانون من السمنة إلى الأكل، افترض العلماء أن العامل المهم الذي يتوسط العلاقة بين السمنة والعوامل الخارجية هو سلوك الحمية المستمر الذي تلجأ إليه السيدة نتيجة الضغوط الاجتماعية كي تصبح نحيفة. فسلوك الحمية يبطل نظام الجوع والشبع الطبيعي عن طريق كبح المؤشرات الداخلية، واستبدالها بأساليب سيطرة معرفية وهي الامتناع عن الأكل. فالامتناع عن الأكل لدى الأشخاص المصابين بالسمنة يؤدي إلى عدم القدرة على الاستجابة للمؤشرات الداخلية للجوع والشبع.

وتتطلب السيطرة على الأكل جهوداً واعية ومستمرة للحفاظ عليها، لهذا عند مواجهة الشخص لمشاعر قوية مثلاً تجعله يخفق في السيطرة على الأكل، ويلجأ للأكل المحرم، يؤدي في النهاية إلى عدم السيطرة على الأكل، وحدوث نوبات الشراهة. مثل هؤلاء الأشخاص لا يستجيبون للمؤشرات الداخلية بل يستجيبون للانفعالات المؤلمة، لهذا فالأشخاص المعرضين

للخطر هم الذين ينجحون باتباع الحميات الغذائية، فهم يجمعون بين الامتناع التام عن الأكل، والميل للزيادة في الأكل، مما يزيد احتمالية فشلهم في الامتناع عن الأكل، وبالنهاية اللجوء إلى نوبات الشراهة.

خامساً: النشاط الجسدي:

لا شك أن الناس في أيامنا هذه هم أقل نشاطاً من السابق، لقد تغير نمط الحياة بشكل كبير خلال الخمسين سنة الماضية. فزيادة وسائل المواصلات مثلاً أدت إلى التقليل من المشي أو ركوب الدراجة، ومشاهدة التلفاز ساهم بشكل كبير في عدم الحركة لدى الصغار والكبار، وهذا كله يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالسمنة وبزيادة الوزن. وتبرز العديد من الدراسات الفوائد العديدة الجسمية والنفسية الناتجة عن زيادة الحركة الجسمية، وأن من غير الضروري اللجوء للرياضة العنيفة ولوقت طويل، بل يكفي زيادة النشاط البدني لمدة (30) دقيقة يومياً مثل المشي وأن يكون سريعاً.

وفي دراسة قام بها لاتنر وستانكارد (2003) Latner & Stunkard المشار إليها في جريلو Grilo (2006) طلب من (458) طفلاً أن يقيموا الإعاقات والمشاكل الموجودة لدى زملائهم الذين يتفادونهم، ولا يحبون اللعب معهم على سلم سداسي مقارنة مع الأصحاء الذين يتمتعون بوزن طبيعي والموجودين في أعلى السلم، فكانت النتيجة بالترتيب من السيئ إلى الأسوأ: تشوه في الوجه، واستعمال العكازات، وخسارة أحد الأطراف، واستعمال كرسي متحرك، والسمنة. فبالرغم من زيادة عدد الأشخاص المصابين بالسمنة، إلا أن الوصمة السلبية للأطفال الذين يعانون من السمنة قد زادت خلال الأربعين سنة الماضية. فالشخص السمين يواجه هذه الوصمة المنتشرة عبر العالم كله في العلن وفي الخفاء. وتبدأ الاتجاهات المتحيزة ضد هذا الشخص عادة منذ الطفولة وتستمر خلال مرحلة الشباب، حيث يواجه الاتجاهات السلبية ضده في المدرسة والمجتمع والإعلام.

الآثار السلبية للسمنة:

1- النتائج النفسية والنفس جسمية للسمنة:

تصاحب السمنة العديد من الأمراض، مثل ارتفاع ضغط الدم، والسكري، وهشاشة العظام، وانقطاع النفس أثناء النوم، وزيادة دهون الكبد وأمراض القلب والسرطان وغيرها.

فالسمنة تزيد من خطر الموت بشكل كبير، بالإضافة للأمراض الجسمية تؤدي السمنة إلى الكثير من الاضطرابات النفسية مثل اضطرابات القلق والاكتئاب واضطرابات الانفعالات.

2- أثر السمنة على نوعية الحياة:

تنخفض نوعية الحياة بين السيدات اللواتي يعانين من السمنة. فهناك تمييز في المجتمع ضدهن، وذلك لأن الناس ترى أن سبب السمنة هو زيادة الأكل، والحمية غير المناسبة، وقلة الرياضة، وأخيراً الوراثة. لكن الناس المصابين بالسمنة يضعون اللوم على الوراثة، ومستوى حرق الدهون، والأدوية وتركيبة العظام. ويؤكد العلماء أن الشخص المصاب بالسمنة يتعرض للقلق والاكتئاب أكثر من زملائه ذوي الوزن الطبيعي بـ (3-4) مرات. ويدرك الشخص المصاب بالسمنة نفسه بأنه غير جذاب. ويفترض أن الناس تتكلم عنه وراء ظهره، ويتم التمييز ضده في أماكن العمل، ويعامله الأطباء احياناً بعدم احترام (Munsch & Beglinger, 2005).

علاج السمنة:

عند البدء بعلاج السمنة ينبغي أن نأخذ بالاعتبار أنه من المهم في البداية تحديد هدف يسهل الوصول إليه، بحيث نساعد الشخص المصاب بالسمنة على القيام بتغييرات بسيطة وصغيرة يستطيع النجاح بها حتى يصل إلى هدفه بالتدريج. هكذا تزيد ثقته بنفسه وبقدراته. ولا ننسى أن الأشخاص المصابين بالسمنة لديهم ميل لكثرة الأكل ولقلة الحركة (Munsch & Beglinger, 2005).

كما أشار جريلو (2006) Grilo إلى أن الشخص المصاب بالسمنة يعاني من الشعور بالإحباط بسبب الحميات الغذائية الكثيرة التي فشل في اتمامها. وأنه يواجه تحدٍ كبير هو الأهداف غير الواقعية التي يضعها لخسارة الوزن، والتوقعات الكبيرة لدى هؤلاء الذين يسعون إلى العلاج. لذا كان لا بد أن يكون هدف خسارة الوزن واقعي جداً، مثلاً يجب ألا تزيد النسبة المطلوب خسارتها من الوزن عن (10%). هذه الخسارة المتواضعة تؤدي إلى صحة جسمية ونفسية أفضل، وحياة اجتماعية أفضل، وتزيد الثقة باحتمالية النجاح.

تشير العديد من الدراسات إلى أن الأشخاص الذين يعانون من السمنة يشعرون بعدم رضا كبير عن صورة جسدهم. لكن للأسف لم تحظ هذه الخاصية باهتمام كافٍ من المعالجين .

فالأشخاص الذين يلجأون للعلاج من اضطرابات الأكل، ينصب اهتمامهم بـــشكل كبيـــر علـــى صورة الجسد والشكل الخارجي؛ وذلك بسبب التقييم المبالغ به للشكل والوزن.

العلاج المرتكز على الانفعالات في ضوء نظرية جرينبيرج:

يعاني معظم الناس من عدم القدرة على فهم مشاعرهم والتحكم بها. فنحن نتعلم أمـــوراً متناقضة فيما يخص مشاعرنا. نتعلم أن نثق بمشاعرنا ونتبع قلبنا، وبنفس الوقت نتعلم أن نسيطر على مشاعرنا وأن لا نظهرها للآخرين.

فبغياب مهارات التعامل مع المشاعر، وبعدم وجود الدعم المناسب من الآخرين، يطـــور البعض منا اعتقاداً بأن السيطرة على المشاعر هي الحل الأمثل، أما البعض الآخـــر فيحـــاول ممارسة العقلانية في تعامله مع الآخرين، وهكذا يخـــسر الخبـــرة الذاتيـــة الداخليـــة (Internal experience)، لكن هناك آخرون يتبنون التلقائية والعفوية، واتباع المشاعر فـــي تعـــاملهم مـــع الآخرين.

والنفس البشرية معقدة جداً، ونستطيع أن نقول أن في داخـــل كـــل منـــا ذاتـــان (Two selves)، الذات الأولى عقلانية ومحـــددة، وتخطـــط للمـــستقبل، وتمثـــل الاعتقـــادات الـــسلبية والوجوبيات التي تحرك المشاعر، كما تمثل القيم والمثاليات التي تعكـــس المعـــايير الـــصحية للشخص. أما الذات الثانية فهي تلقائية واندفاعية، وتعتمد على الخبرة الذاتيـــة. والـــذاتان علـــى مستوى الوعي، لكن الأولى نعبر عنها بالكلمات، والثانية نعبر عنها بالأحاسيس الجـــسدية، لـــذا يحاول العلاج المرتكز على الانفعالات دمج الاثنتين معاً، والعمل على تكاملهما لإتاحة المجـــال للفرد ليعيش الخبرة الانفعالية ويتفاعل معها (Greenberg, 2002).

ويشير جونسون وبويسفرت Johnson and Boisvert الوارد في كين وســـيمن Cain and Seeman (2002) إلى افتراض العلاج المرتكز على الانفعالات بأن قوة العلاقات الحميمـــة التي تولد مشاعر قوية، قد تعطي دفعاً للأفراد لمساعدة بعضهم البعض. وهذا الدفع يساعد الفرد على النمو. كما يفترض أن تفادي الاستجابات الانفعالية والمشاعر يـــؤدي الـــى مـــشاكل فـــي العلاقات بين الأفراد. لذا، يركز العلاج المرتكز على الانفعالات على كيفية تأثير معالجة الخبرة الانفعالية لدى الفرد على خلق أنماط لتفاعله مع الآخرين، فكل خبرة انفعالية جديدة يمر بها الفرد في جو آمن، وفيه تقبل داخل الجلسة الإرشادية، تؤدي إلى حدوث استجابات انفعاليـــة جديـــدة.

ويمكن اعتبار المرشد مستشاراً يخلق بتعاطفه مع المسترشدين جواً آمناً يسمح لهم الدخول بالخبرة الانفعالية.

فبالعلاج المرتكز على الانفعالات ينظر إلى الانفعال على أنه الأساس في بناء الذات ومحدد أساسي في تنظيم الذات. فبالإضافة إلى وجود الانفعالات لدى الأفراد فإننا بحاجة إلى عملية مستمرة، نحاول من خلالها فهم هذه الانفعالات، حيث ينبثق المعنى الشخصي للانفعال من تنظيم الذات، ومن تفسير الخبرة الذاتية. و يتضمن التكيف المثالي التكامل بين الانفعالات والمعارف. من هذا المنطلق يقوم المرشد بمساعدة الناس على الوعي بخبراتهم الانفعالية، وفهمها وتقبلها (Greenberg, 2004).

فالمشاعر تلعب دوراً أساسياً في تسيير الحياة وما يصاحبها من القرارات الشخصية. إن المشاعر العنيفة تؤدي لاضطراب المنطق. كما أن نقص الوعي بالمشاعر يمكن أن يكون مدمراً، وخاصة عند اتخاذ القرارات التي تتوقف عليها مصائرنا، مثل الوظيفة التي نتجه إليها، أو البقاء في وظيفة آمنة، أو الانتقال إلى وظيفة أقل أمناً، ولكنها أكثر إثارة، وممن نتزوج، وأين نعيش، وكيف نختار السكن. فقرارات الحياة متجددة، ومثل هذه القرارات لا يكفي فيها التفكير المنطقي. وإنما تتطلب إلى جانبها المشاعر، وحكمة الانفعال التي هذبتها الخبرة (الأعسر وكفافي، 2000).

ويشير جرينبرغ (2002) Greenberg إلى أن العلاج المعرفي الذي يستعمله المرشد في إيجاد الأخطاء في تفكير المسترشد ليصبح أكثر عقلانية، ينقصه العمق، وينقصه الاعتراف بمدى تعقيد الوعي. ويرى أن التكامل بين العلاج المعرفي والانفعالي هو الأنسب في العلاج. هكذا نساعد المسترشد ليصبح أكثر وعياً بالأوقات التي عليه أن يغير فيها انفعالاته، والأوقات التي عليه أن يتغير هو بسبب الانفعالات. فالمرشد يهتم بمشاعر المسترشد، ويقدم له اقتراحات تساعده على دخول الخبرة بعمق، وعن طريق التكامل بين المعارف والانفعالات يوظف المرشد العلاج المعرفي لفهم الانفعالات بشكل أفضل.

وتعتبر الأساليب المعرفية من الأساليب المساعدة في التعرف على المشاعر والسيطرة عليها. يحاول المرشد معرفة التفاصيل اليومية في حياة المسترشد، وعندما يصبح المسترشد أقدر على التعرف على انفعالاته والسيطرة عليها، تقل أهمية اضطرابات الأكل في المحافظة على الصحة الانفعالية، فلا يعود الفرد بحاجة للأكل لتحسين انفعالاته ومشاعره

المؤلمة وإعادة التوازن إليها. فالمسترشد عادة يخاف إذا ما تخلص من مشكلته في الأكل أن يكون عليه مواجهة مشاعره وانفعالاته القوية والتعامل معها، وهو ما يعجز عن القيام به، ولكن باستخدام العلاج المعرفي والانفعالي يستطيع المرشد مساعدة المسترشد على زيادة الوعي بالذات، والتخفيف من حدة نقده لذاته. ويبدأ المرشد عادة بالمشاعر البسيطة غير المهمة، وينتقل تدريجياً إلى المشاعر القوية أو الشديدة كالشعور بالخوف والغضب وعدم الثقة، وذلك باستعمال أساليب تنظيم الانفعالات (Barth, 2008).

ويمكن النظر للعلاج المرتكز على الانفعالات على أنه تدريب للمسترشد ليتعلم متى يثق بانفعالاته ويتبعها، ومتى يتجاهلها، ومتى يسيطر عليها وينظمها، وكيف يتعرف على انفعالاته، ويميزها عن انفعالات الآخرين، ويتحمل التناقضات فيها، وكيف يستخدم الانفعالات كمعلومات ثم يصوغها على شكل كلمات. كما يستخدم الانفعالات كمسهل للتفكير، ولتنمية المعرفة بالانفعالات ثم عكسها، فالعلاج المرتكز على الانفعالات يشجع التعامل مع الانفعالات والمعارف ومع الذات والنظام (Greenberg, 2002).

وتؤكد جونز (2011) Jones على ذلك بالقول بأن الانفعالات هي الخارطة التي تساعد على فهم العلاقات الإنسانية، فالعلاج المرتكز على الانفعالات فعال جداً في علاج المشكلات الزوجية، ومشاكل الأسر التي تتعامل مع الإساءة بأنواعها، والاكتئاب، والحزن، والأمراض المزمنة، واضطرابات الأكل، واضطراب ما بعد الصدمة.

مكونات الانفعالات:

هناك (3) مكونات أساسية للانفعالات:

1. **المكون المعرفي:** ويتضمن الإدراكات والأفكار والاعتقادات والتوقعات، فلا يوجد شيء في الحياة جيد أو سيء، لكن التفكير هو الذي يجعله كذلك. فأفكارنا الموجودة في الجزء العقلاني من الدماغ تساهم في حدوث الانفعالات.

2. **المكون الجسمي:** وهو عبارة عن رد الفعل الجسمي التلقائي الذي يتحكم به الجهاز اللمبي (اللوزة والغدة فوق النخامية). هذا المكون من الانفعالات يوفر لنا الحماية اللازمة، وهو مسؤول عن التحكم في أفعالنا خاصة في المواقف التي نتعرض فيها لهجوم.

3. **المكون السلوكي:** وهو كيفية التعبير عن الانفعالات، ومن أبسط الأمثلة عليه الابتسامة عند الشعور بالفرح، فتعابير الوجه، والإيماءات، ولغة الجسد، وتعبيرات العيون، ونبرة الصوت كلها تعابير سلوكية عن الانفعالات (Lynn, 2005).

تكمن أهمية الانفعالات في أنها توضح طبيعة علاقة الفرد بالآخرين، فهي تشير للفرد إذا كانت علاقاته مع الآخرين قوية أو سيئة أو بحاجة لصيانة. فإدارة الانفعالات عبارة عن عملية مسؤولة عن مراقبة، وتقييم، وتعديل ردود الفعل الانفعالية، وذلك كي يتمكن الفرد من تحقيق أهدافه. وتشير الانفعالات الى الوضع الحالي للفرد، ولحاجاته، ولأهدافه، ولطلباته من الآخرين. وبسبب وضوح انفعالات الفرد للآخرين من خلال تعابير الوجه والصوت، فهي تنظم علاقته بذاته وبالآخرين، وأن كل انفعال يحدد علاقة الفرد بالآخرين أو علاقته بالبيئة، لذا ربطت الدراسات بين الصعوبات في إدارة الانفعالات وبين بعض الاضطرابات العيادية، مثل: اضطراب القلق المعمم واضطراب القلق الاجتماعي، كما ربطت بين عدم القدرة على إدارة الانفعالات وبين المشاكل الانفعالية غير العيادية مثل اضطرابات الأكل (McEwen & Flouri, 2009).

إن الهدف من العلاج المرتكز على الانفعالات هو مساعدة الشخص على التبصر بانفعالاته والتصالح معها والتعبير عنها. فالعجز عن التعبير عن الانفعالات مشكلة كبيرة تواجه الشخص غير الذكي انفعالياً، وتسبب له العديد من الاضطرابات النفسية من بينها اضطراب الأكل. ويعرف العجز عن التعبير عن الانفعالات Alexithymia بما يلي:

- صعوبة في التعرف على الانفعالات، والتمييز بينها وبين الأحاسيس الجسدية في حالة الإثارة الانفعالية.

- صعوبة في شرح المشاعر للآخرين.

- صعوبة في التعرف على الانفعالات من خلال تعابير وجه الآخرين (Naghavi, Redzuan & Mansor, 2010)

وقد أشارت الدراسات إلى أنه عندما يتم التعبير عن الإثارة الانفعالية في سياق علاجي مناسب على أن يكون مصحوباً بالعلاج المعرفي لتلك الخبرة الانفعالية فإنه سيؤدي إلى التغيير

العلاجي المطلوب، حيث يكون دور العملية المعرفية إما لفهم الانفعالات أو لتنظيمها أو للسيطرة عليها، وبالتالي خلق معنى جديد لهذه الخبرة، وهذا هو جوهر العملية العلاجية.

بمعنى آخر على الناس ألا يقفوا عند الشعور بانفعالاتهم والوعي بها، بل عليهم أن يجدوا المعنى وراءها، ثم خلق قصة جديدة لحياتهم عليهم هم أن يكتبوها، أو أن يقوموا بإعادة كتابة قصة حياتهم بطريقة جيدة.

فالعلاج المرتكز على الانفعالات هو عبارة عن تكامل بين الانفعال والمنطق مما يؤدي الى أن يكون الكل أكبر من مجموع الأجزاء، فالانفعالات موجودة لدى كل الناس، لكن الاختلاف يكمن في كيفية استعمالها، فالوعي بالانفعالات والقدرة على استعمال الانفعالات للتصرف بمنطق يشكلان الذكاء الانفعالي (Greenberg, 2002).

أنواع ردود الفعل الانفعالية:

يوجد (3) أنواع من ردود الفعل الانفعالية هي:

1-الانفعالات الأولية Primary emotions

وهي أول مشاعر يشعر بها الفرد كرد فعل لموقف ما. فالانفعالات الأولية هي ردود فعل أولية أو استجابات أساسية يقوم بها الفرد نتيجة تعرضه لموقف ما يحدث معه الآن. إنها أول انفعال يستجيب به الفرد للمثير. فقد يشعر بالغضب نتيجة تعرضه لمخالفة سير، أو بالحزن نتيجة تعرضه لخسارة ما، أو بالخوف نتيجة تعرضه للتهديد.

وتكمن أهمية هذه الانفعالات في المحافظة على بقاء الفرد وعلى حياته. فهي تحدث بسرعة وتختفي بسرعة، لأنها ردة فعل لموقف يحدث الآن، ثم بعد التعامل مع الموقف تختفي هذه الانفعالات . وتعتبر هذه الانفعالات المصدر الأساسي للذكاء الانفعالي للفرد.

وقد تكون الانفعالات الأولية غير تكيفية وذلك عندما يكون الجهاز الانفعالي للشخص معطلاً. هنا تكون الانفعالات صحيحة لكنها غير صحية. ويندم الناس عادة على وجود المشاعر غير التكيفية خاصة الغضب الذي قد يظهر لأسباب داخلية أو خارجية. ويعتمد ظهور هذه الانفعالات على الخبرات السابقة. وقد تستمر مع الفرد لسنين طويلة بسبب جروح لم تشفَ يغرق الفرد فيها بعجز وبأسلوب لا يمكن تفسيره، فيسجن داخل هذه المشاعر السلبية محاولاً بيأس

الهرب منها دون جدوى. ومن الأمثلة على هذه المشاعر،(أشعر أنه من الأفضل لو أختفي عن الوجود، لا بد من وجود خطأ فيَ، أنا لست جيدة مثل الآخرين، لا فائدة مني).

2-الانفعالات الثانوية Secondary emotions:

الفرق بين الانفعالات الثانوية والأولية هو توقيت هذه الانفعالات وليس كيفية الشعور بها، فهي ردود فعل واستجابات على الانفعالات الأولية، وقد تجعل الشخص لا يعي ردة فعله الأولية، لأنها تطغى على المشاعر الأساسية الموجودة في داخله. مثال: قد يتعلم بعض الناس أن يشعروا بالخجل كلما شعروا بالغضب. ومع أن الغضب يحدث أولاً، إلا أن الشعور بالخجل يسيطر عليهم بسرعة، أو قد يشعر الشخص بالاكتئاب، لكن الاكتئاب يخبئ خلفه الشعور الأساسي وهو الغضب.

ومن الأمثلة أيضاً: الاستياء لتغطية الألم، والحزن لتغطية الغضب، والغضب لتغطية الغيرة أو الحزن، وعدم الاهتمام لتغطية الخوف.

يربي الأهل اولادهم في أغلب الأحيان على أنهم أقوياء، لهذا يجدون صعوبة في الاعتراف بالشعور الأساسي وهو الخوف، وبدلاً منه يعبرون عن الغضب.أما النساء اللواتي كبرن وهن يعتقدن أن البنات يجب ألا يغضبن، بل يجب عليهن الخنوع، يلجأن إلى البكاء كلما شعرن بالغضب. لذا قد تجتمع الانفعالات الأولية والثانوية بعدة أساليب وذلك بناء على الخبرات السابقة.

يعتقد الناس عادة أن الانفعالات الثانوية تسبب لهم المشاكل فيحاولون التخلص منها، حيث يأتي المسترشد إلى العلاج من أجل التوقف عن الشعور بالاكتئاب أو الإحباط أو الغضب. لكن هذه الانفعالات لا تمثل الانفعالات الأولية للموقف، بل هي أعراض لمشاعر لا يتعامل معها الشخص. وتظهر الانفعالات الثانوية بسبب محاولات الفرد التحكم بالانفعالات الأولية. فمثلاً قد نشعر بالقلق لتغطية الشعور بالغضب، أو لأننا نشعر بالذنب من الشعور بالغضب، مما يعطينا شعوراً بالعجز، فنبدأ بالتذمر. وقد تكون مشاعر بسيطة أو معقدة. أحيانا قد يقول الشخص أن لديه مشاعر تتعلق بمشاعر أخرى. فقد يشعر بالخوف من غضبه، أو بالخجل من خوفه، أو بالغضب من ضعفه. إنها مشاعر ثانوية لمشاعر أولية. والمشاعر الأكثر شيوعاً لدى الناس هي شعور ثانوي بالقلق أو الذنب لتغطية شعور أساسي هو الغضب.

ولمعرفة ما إذا كانت مشاعر الفرد أولية أو ثانوية، عليه الانخراط في الخبرة، وأن يسأل نفسه، هل لديه مشاعر أخرى؟ وسيعطيه الانتباه للأفكار المرتبطة بالانفعال دليل آخر على ماهية مشاعره. فإذا لاحظ مثلاً أنه يشعر بالغضب، وهو يقول لنفسه أن عليه أن لا يشعر بالألم، لأن ذلك لن يساعده على أية حال، فعلى الأغلب أن مشاعره الأولية هي الألم.

3- الانفعالات الأدائية (الوسيلية): Instrumental emotions

يعبر الناس عن هذا النوع من الانفعالات لأنهم تعلموا أن الناس يستجيبون لهذه الانفعالات بطريقة معينة. وعلى الأغلب يستعمل الناس هذه الانفعالات دون أن يعوا المكاسب التي سيحصدونها، مثل البنت التي تعلمت أنها عندما تبكي يصبح الناس أكثر لطفاً معها؛ لهذا فهي تستخدم البكاء بشكل أوتوماتيكي لاستدرار العطف والشفقة من الآخرين. كذلك الحزن الذي يعبر عنه الشخص بالتنهدات وبالنظرة المنكسرة ليحظى بالاهتمام والدعم، لأنه يخاف أن يطلب من الآخرين الاهتمام والدعم، ويأمل أن تستجر تنهداته الاستجابة التي يحتاجها. وعندما يستخدم الناس هذه التعبيرات بشكل متكرر دون وعي بما يفعلونه، سينتهي بهم الأمر بإبعاد الآخرين عنهم؛ وذلك لأن الآخرين يشعرون بأنه يتم التلاعب بهم. ويمكن القول أن هؤلاء الأشخاص يظهرون مشاعرهم بدلاً من الشعور بها وذلك بالتأكيد على استخدام المشاعر كأداة، لذا اعتبر البعض هذا النوع من الانفعالات شكل من أشكال التلاعب (Greenberg, 2002; Cain & Seeman, 2002).

وبحسب جونسون وبويسفرت Johnson and Boisvert الوارد في كين وسيمن

Cain and Seeman (2002) فإن العلاج المرتكز على الانفعالات هو شكل من أشكال العلاج المختصر، حيث تتراوح عدد جلساته ما بين (10) إلى (12) جلسة، يركز المرشد خلالها على (3) مهام أساسية هي:

1- خلق علاقة تعاونية جيدة مع المسترشد والمحافظة عليها: يبني المرشد الثقة التي تسمح للمسترشد الانفتاح على الخبرة العلاجية، وذلك باحترام المسترشد والتعاون معه، فيكون شفاف وصادق وأصيل ومتعاطف دون إصدار أحكام.

2- فهم الاستجابات الانفعالية وإعادة تشكيلها: يركز المرشد على الانفعال الأقوى والأشد خلال الجلسة. يرتبط هذا الانفعال على الأغلب بالحاجات والمخاوف، ويلعب دوراً مهماً

في أنماط التفاعل السلبي. يبقى المرشد على تواصل مع خبرة المسترشد، ويستخدم معه مهارات روجرز مثل عكس المشاعر، والأسئلة المفتوحة، والتعاطف من أجل التوسع في الخبرة، حيث تختفي ردات الفعل مثل الغضب وتظهر المشاعر الأساسية كالشعور بالخوف أو الحزن.

3-تشكيل تفاعلات جديدة بناء على هذه الاستجابات: يعكس المرشد أنماط التفاعل، ويتعرف على الدوائر السلبية، مثل الهجوم والانتقاد اللذين يتبعهما الدفاع والابتعاد اللذان يشكلان استجابات المسترشد في علاقاته مع الآخرين، ثم يطلب المرشد من المسترشد التعبير عن انفعالاته في الجلسة. ينظر الجشطالتيون إلى هذه المهام التي تساعد المسترشد على التعبير عن انفعالاته على أنها تجربة أنماط جديدة من التفاعل.

أما سلون (2004) Sloan فيشير إلى أن العلاج المرتكز على الانفعالات علاج مختصر. فمن أجل علاج الاكتئاب مثلاً يحتاج المريض إلى (16) جلسة فقط إذا كان قادراً على فهم الخبرات التي يمر بها وقادراً على تسميتها. أما إذا لم يكن باستطاعته التواصل مع خبراته الانفعالية أبداً فيحتاج إلى (16) جلسة حتى يصبح مستعداً للبدء بالعلاج.

وباختصار، هناك (3) مراحل للتغير في العلاج المرتكز على الانفعالات، وهي:

1- التخفيف من حدة الدائرة السلبية في استجابات المسترشد: فبعد تأسيس العلاقة الجيدة، يهدف المرشد إلى تحديد والتخفيف من الدوائر السلبية، واستكشاف المشاعر الكامنة التي تنظم هذه الدوائر. في نهاية هذه المرحلة، يتعرف المسترشد على الدوائر السلبية التي تسبب المشكلات في تفاعلاته مع الآخرين.

2- إعادة بناء التفاعلات في العلاقات مع الآخرين: وتتضمن هذه المرحلة تشكيل خبرات انفعالية وتفاعلات جديدة. فمثلاً في العلاج الزواجي في هذه المرحلة يقوم الشريك المنسحب بالتعبير عن حاجاته، ويقوم الشريك المعتدي بالطلب من شريكه تلبية حاجاته بأسلوب مناسب. هكذا يتم شفاء العلاقة من الشعور بالكرب، ويسعى كل شخص إلى إعطاء المواساة والاستجابات المناسبة للطرف الآخر.

3- تقوية وتكامل التغيير: في آخر مرحلة من العلاج، يتم تقوية الاستجابات وأساليب التفاعل الجديدة، وذلك من أجل دعم المسترشد، وزيادة قدرته على حل المشاكل

التي كان يراها مدمرة بسبب الانفعالات المؤلمة المرافقة لهـــا (Cain & Seeman, 2002).

مهام المرشد:

تتلخص مهام المرشد عند القيام بعملية العلاج المرتكز على الانفعالات فيما يلي:

- أن يكون واعياً لانفعالاته، وأن تكون نظرته إيجابية نحو الانفعالات، ويراها كمصدر ومزود للمعلومات ومحرك للسلوك.

- أن يرى أنه عندما يختبر المسترشد الانفعال، تكون هذه فرصة للحميمية في العلاقة.

- أن يستمع بتعاطف لمشاعر المسترشد، مثل الحزن والغضب والخوف، وأن ينتبه إلى شدة الانفعال وسرعته وإيقاعه كلما تغير. على المرشد أن يتقبل ويحترم خبرة المسترشد، وأن يوضح له تفهمه وتعاطفه لمشاعره.

- أن يساعد المسترشد على ترميز مشاعره بالكلام، وعلى وضع معنى للخبرة.

- أن يدخل عالم المسترشد الانفعالي، وتوجيهه في كيفية التعامل مع الانفعالات وتقديم استراتيجيات لمساعدته في العملية الانفعالية متسلحاً بمهارة التعاطف، حيث أنها المهارة الأساسية الواجب توافرها في المرشد الذي يستند إلى الإرشاد المرتكز على الإنفعالات (Greenberg, 2002).

ويقوم العلاج المرتكز على الانفعالات بحسب جرينبرغ Greenberg (2002) على (3) مبادئ أساسية هي: زيادة الوعي بالانفعالات، وتنظيم الانفعالات، وتغيير الانفعال بانفعال آخر.

- الوعي بالانفعالات:

المبدأ الأول والأهم في العلاج المرتكز على الانفعالات هو زيادة الوعي بالانفعالات. ومن ثم ترميز بعض الخبرات الانفعالية بكلمات مما يسهل الوصول إلى المعلومات وإلى السلوك الموجود في الانفعال. إن ذلك يساعد الشخص على فهم الخبرة بشكل أعمق وإدخالها في كلامه عن ذاته. ويختلف الوعي بالانفعالات عن التفكير بالمشاعر انه يتضمن اختبار المشاعر بشكل واعي.

- إدارة الانفعالات:

والمبدأ الثاني الواجب اتباعه من أجل التغيير هو إدارة الانفعالات. وتتضمن التعرف على الانفعالات وتسميتها، وتحديد مسافة مناسبة بيننا وبين الآخرين في العمل (working distance)، وزيادة الانفعالات الإيجابية، وتقليل التأثر بالانفعالات السلبية، وتهدئة الذات، والتنفس، والتشتت. وقد تتضمن إدارة الانفعالات وضع مسافة بين الشخص وبين انفعالاته الغامرة، أو تنمية قدراته على تهدئة الذات، كي يصبح الشخص رحيماً مع نفسه عند مواجهة الخبرات الانفعالية المؤلمة.

- تغيير الانفعال بالانفعال:

المبدأ الثالث والذي يتضمن التغيير الجذري هو تغيير الانفعال بانفعال آخر. فلا يمكن تغيير حالة الانفعال غير التكيفية إلا عن طريق استبدالها بانفعال آخر تكيفي. فالانفعال لا يمكن كبحه أو تغييره إلا بانفعال معاكس وأقوى. فالمنطق نادراً ما يكون كافٍ لتغيير استجابات انفعالية أوتوماتيكية، لذا نحتاج لانفعال آخر للتغيير. فالتفكير عادة يغير الأفكار، والانفعال يغير الانفعال، لذا نحتاج للوعي بالانفعالات وللذكاء الانفعالي للتمييز أن هذا الانفعال غير تكيفي، ويجب استبداله بانفعال آخر تكيفي.

وتشير سيجال Segal (1997) إلى أنه عندما نرفض الوعي بانفعالاتنا والشعور بها تكون النتيجة سيئة على صحتنا النفسية والجسمية والاجتماعية للأسباب التالية:

- المشاعر التي لا نشعر بها تجعلنا نقع فريسة المرض، وذلك لأننا سنضطر الى شد عضلاتنا مما يؤدي لمشاكل جسمية مزمنة على المدى البعيد، ويصبح التنفس سطحي، فيتحول الألم إلى غضب.

- المشاعر التي لا نشعر بها تجعلنا نقوم بأعمال قهرية Compulsive مثل الأكل الشره، ثم نكتشف أننا بالأكل نخدر الألم الانفعالي.

- المشاعر التي لا نشعر بها تجعلنا نقوم بأعمال خاطئة في أوقات خاطئة، أو لا نقوم بأي شيء. فبدون معرفة الذات التي تزودنا بها الانفعالات، نقوم بأشياء سنندم عليها في المستقبل، فلن نعرف ما الأشياء المهمة الواجب عملها، وبالتالي لن نستطيع التواصل مع الآخرين.

ويرى جرينبرج أن ما يسبب للشخص المشكلات من ناحية انفعالية هو:

- عدم وعي الفرد لمشاعره، فقد يبكي المسترشد دون أن يعي أن مشاعره الأساسية هي الحزن.
- عدم إظهار الانفعالات، وكأن الشخص قد خبأها وأغلق الباب عليها.
- قد تغمر المشاعر الشخص فلا يعرف كيف يفكر ويتصرف.
- قد تتداخل المشاعر بشكل مربك للشخص.
- قد تطغى بعض الانفعالات على غيرها مثل الغضب الذي عندما يظهر قد يطغى على الخوف.
- قد يشعر الشخص بالضعف بسبب انفعالاته.
- التأثير السلبي المدرك للمشاعر على الجسد مثل الشعور بالخدران.

لذا على المرشد في العلاج المرتكز على الانفعالات تعليم المسترشد ما يلي:

- مواجهة الانفعالات كي يستطيع المسترشد المضي قدماً في حياته.
- الثقة بالانفعالات والتمييز بين المشاعر المقبولة وغير المقبولة.
- التقليل من شدة وحدة الانفعالات.
- التمييز بين الانفعالات والتعرف عليها.
- التغلب على مشكلة تفادي الانفعالات والهروب منها بسبب الأمراض الجسمية التي تلحقها بالمسترشد.
- تذويت الخبرة الانفعالية لتصبح جزءاً من خبرات المسترشد.
- التشجيع على تغيير الانفعالات (Greenberg, 2002).

خطوات العلاج المرتكز على الانفعالات:

يلخص جرينبرغ (2002) Greenberg الإرشاد المرتكز على الانفعالات بالخطوات التالية:

- الخطوة الأولى: زيادة الوعي بالانفعالات

الوعي بالانفعالات يساعد الناس على فهم مشاعرهم الأساسية مما يمكنهم من حل مشكلاتهم. ويتضمن الوعي بالانفعالات الوعي بالأحاسيس الجسدية الداخلية، وبنوعيتها، وشدتها، وشكلها، ومكانها في الجسم (مثال: أشعر بضغط على صدري)، بالإضافة إلى ذلك على المرشد أن يساعد المسترشد على الوعي بالأفكار المرافقة للأحاسيس، والحوار الداخلي، والصور، والتقييم والحكم، وذلك لأنها كلها تشكل الانفعالات.

- الخطوة الثانية: تقبل الخبرة الانفعالية

يجب على المرشد تشجيع المسترشد على أن يسمح لنفسه بأن يشعر بالخبرة الانفعالية. فمن غير الضروري أن يقوم المسترشد بسلوك ما بسبب انفعالاته، لكن عليه ألا يتجنب المشاعر المؤلمة، فالمشاعر لها طريق طبيعي، فهي تظهر ثم تخف تدريجياً وتختفي، لذا علينا ألا نكبحها أو نتفاداها بل أن نكون على وعي بها، وأن نسمح لأنفسنا بأن نعيش هذه الخبرة دون خوف من النتائج. فالشعور ليس حالة دائمة ليستسلم لها الشخص بل هي جزء من عملية معقدة، فهي ليست سلوك ولا نتيجة، لذا علينا أن نعي مشاعرنا ونفهمها ثم نتعلم كيفية التعبير عنها.

- الخطوة الثالثة: التعبير عن الانفعالات بالكلمات

من المهم أن يستطيع الناس وصف مشاعرهم بالكلمات. مثلاً إذا شعر الشخص بالحزن، عندها يفكر ما الذي يحزنه، وماذا يعني له هذا الشعور وماذا عليه أن يفعل. فالتشبيهات والصور والأمثال كلها مفيدة في هذه المرحلة، وتساعد الشخص على فهم مشاعره بشكل أفضل. وتعتبر تسمية الانفعال الخطوة الأولى في إدارة الانفعالات، فوصف المشاعر بالكلمات ينتج عنها معنى جديداً يستطيع الشخص وصفه. كل ذلك يعطي الشخص الإحساس بالسيطرة على خبرته، ويقوي اعتقاده بأن لديه القوة بأن يفعل شيئاً بشأن مشاعره. فإذا شعر الشخص بالعجز لا يعني ذلك بأنه عاجز بل هي مشاعر عليه أن يختبرها، ويكتشف بأن هناك مسافة بينه وبين هذا الشعور مما يعطيه إحساس بالقوة.

– الخطوة الرابعة: التعرف على الخبرة الأولية للمسترشد

على المسترشد أن يعرف إذا كانت ردات فعله الانفعالية هي مشاعره الأساسية. فإذا قال أنه يشعر بالقلق، عليه أن يكتشف إذا كان تحت شعور القلق هناك شعور بالحزن مثلاً. إن القدرة على اكتشاف المشاعر الأساسية مهارة يجب تعليمها للمسترشد، فالانفعالات الأساسية تعتمد على التقييم الأولي لما يحصل حولنا وما يحصل لجسمنا. فإذا أردنا أن نعرف أنفسنا، علينا أن نعرف انفعالاتنا الأساسية، والتقييمات الأولية، والاستجابة لأي موقف يواجهنا. وبالتدريب والصراحة نصبح على وعي بمشاعرنا الأساسية ونختار، إذا كنا نريد أن نتبع هذه المشاعر، أو نريد تجاهلها. ونستطيع عندها التمييز بسهولة إذا كانت مشاعرنا التي نشعر بها أولية أم تخفي وتكبح المشاعر الأولية.

– الخطوة الخامسة: تقييم المشاعر الأولية إذا كانت صحية أم غير صحية

إن هذه الخطوة مهمة جداً، وتحدث حالما يتعرف المسترشد على مشاعره الأساسية. عندها فقط عليه أن يسأل نفسه: "هل هذا الشعور تكيفي أم أنه غير تكيفي سببه جرح قديم؟" فإذا كانت المشاعر صحية فسيثق بها المسترشد، وستوجهه نحو السلوك الصحيح في ذلك الموقف، أما إذا كانت غير صحية فيجب معالجتها من أجل التغيير. يجب أولاً تقبل المشاعر ثم تقييمها. فإذا تم تقييمها على أنها غير صحية ولن تساعد في الموقف، عند ذلك يحتاج المسترشد للذكاء الانفعالي لاكتشاف ما إذا كانت هذه المشاعر استجابة للماضي أم للقيم والثقافة الحالية. وبعد أن نفهم المشاعر نستطيع إدارتها وبالتالي تغييرها. إن أكثر المشاعر غير الصحية شيوعاً هي الشعور بالخجل، والخوف، والقلق ثم الغضب.

– الخطوة السادسة: التعرف على الأفكار والاعتقادات الهدامة المرتبطة بالانفعال غير التكيفي:

يرتبط مع الانفعالات غير التكيفية اعتقادات معادية للذات أو للآخرين. يجب أن نتعرف على هذه الأفكار المدمرة كي نتغلب عليها. عندما يكون المسترشد واعٍ لهذه الأفكار مثل (أنا فاشل)، ويرددها، سيزيد ذلك من حدة الانفعالات غير التكيفية. وعادة تكون هذه الاعتقادات المدمرة على شكل صوت سلبي داخل الرأس، تعلمه الشخص من خلال إساءة معاملة الآخرين له في الماضي، وهذه العدائية الداخلية تؤدي إلى التأكيد على المشاعر غير الصحية. ولتغيير هذه الاعتقادات، على الشخص التعبير عنها بالكلمات كي يستطيع مناقشتها ورفضها وتحديها. وفي العلاج المرتكز على الانفعالات لا يكون ذلك عن طريق مواجهة مدى صحتها أو مدى

صدقها، بل عن طريق اكتشاف اعتقادات وانفعالات بديلة تقوم بتحدي هذه الاعتقادات، ومدى فائدتها للشخص.

– الخطوة السابعة: تسهيل الوصول إلى الانفعالات التكيفية البديلة والحاجات

تتضمن هذه الخطوة تغيير الانفعال بانفعال، والطريقة الأساسية هي عن طريق تغيير مركز انتباه المسترشد للمشاعر الموجودة في الخلفية background وغير الواضحة له، وذلك للوصول للشخص القوي الموجود في داخله. قد يشعر المسترشد بالخجل من سوء معاملة الآخرين له وبالتالي يشعر بعدم قيمة الذات. على المرشد أن يوجه انتباهه إلى شعور الغضب الصحي الموجود في داخله. بالطبع بالإمكان تحويل المشاعر المؤلمة إلى مشاعر أكثر سعادة. ففي حالة الفقدان والحزن مثلاً نحاول تذكر أوقات سعيدة قضيناها مع المتوفى.

هناك طريقة أخرى لمساعدة المسترشد على إيجاد المشاعر الإيجابية عن طريق تركيز انتباهه على حاجاته وأهدافه، وذلك بسؤاله: "ما هي حاجاتك عندما تشعر بهذه المشاعر؟" هكذا تدخل الأهداف والحاجات إلى مرحلة الوعي، فيستطيع بعدها أن يتحدى الاعتقادات السلبية. فيبدأ التغيير. فإدخال الأهداف إلى مرحلة الوعي يقوي الذاكرة المتعلقة بالمشاعر الإيجابية المرتبطة بتحقيق الاهداف، كما يقوي الذاكرة المتعلقة بالسلوكات المرتبطة بتحقيق الأهداف.

– الخطوة الثامنة: تسهيل تحويل الانفعالات غير التكيفية والاعتقادات الهدامة

بعد أن يتعرف المسترشد على انفعالاته التكيفية وحاجاته، وبعد أن يطور صوت داخلي صحي، يصبح مستعداً للقيام بالتغيير النهائي. في هذه الخطوة يساعد المرشد المسترشد على إيجاد المشاعر الصحية البديلة، وإحلالها محل المشاعر غير الصحية. هكذا تغير مشاعر المسترشد المتعلقة بقيمة الذات والشعور بالشفقة والرثاء تجاه الذات ومشاعر الخجل والخوف إلى تقبل ودعم للذات، وحيث أن الناس في تغير مستمر، لذا عندما يشعر الشخص بالخجل من سوء معاملة الآخرين له أو بالخوف من الرفض، يستطيع اكتشاف حاجته ليشعر بقيمته. وعندما يكتشف أنه يستطيع العمل على مشاعره، يصبح مستعداً لحل مشاكله. هكذا تصبح دوافعه هي إيجاد مصادر جديدة للتكيف بشكل أفضل، والابتعاد الصحي عن الألم، والحاجة للتواصل، والمواساة والأمان. عندها، تظهر الانفعالات الصحية الجديدة، وتتحدى وتغير المشاعر، والأفكار، والاعتقادات غير الصحية.

الذكاء الانفعالي:

يعرف ناجافي ورفاقه Naghavi, et al. (2010) الذكاء الانفعالي بأنه "مجموعة من القدرات تشمل التعرف على الانفعال، وتقييمه، والتعبير عنه، وإدارته، وتنظيمه، واستخدام المشاعر في حل المشكلات، وفهم مشاعر الآخرين". فالتعرف على المشاعر والانفعالات هي أساس الذكاء الانفعالي.

يرتبط مفهوم معامل الذكاء (IQ) بمدى قدرة الفرد على القيام بالعمليات المعرفية بشكل جيد، مثل القدرة على التفكير المجرد، والقدرة على ربط المفاهيم، والقدرة على الاستنتاج، والقدرة على حل المشكلات. أما مفهوم الذكاء الانفعالي (EQ) فيرتبط بالانفعالات والأحاسيس والمزاج العام. وعليه، نجد أن هناك نظامين يتحكمان بنوعين مختلفين من الذكاء يعتمد الواحد منهما على الآخر، وهما: الذكاء العقلي والذكاء الانفعالي، حيث يتحكم النوعان في السلوك اليومي للأفراد. فلا يستطيع الذكاء العقلي العمل بدون الذكاء الانفعالي، ويستفيد الذكاء الانفعالي من الأحكام الإدراكية للذكاء العقلي. وعندما يعمل الاثنان بانسجام وفعالية يرتفع أداء الذكاء الانفعالي وكذلك القدرة العقلية (مطر، 2004).

مع بداية التسعينات من القرن الماضي، بدأ علماء النفس يهتمون بشكل كبير بالمشاعر والانفعالات وتأثيرها على أفكار الفرد وعلى سلوكه. من هؤلاء العلماء كان جولمان Goleman (1998) الذي عرّف الذكاء الانفعالي على أنه" قدرتنا على إدراك مشاعرنا الخاصة وإدراك مشاعر الآخرين وذلك لتحفيز أنفسنا، ولإدارة انفعالاتنا بطريقة تناسبنا وتساعدنا في علاقاتنا مع الآخرين". ويشير مفهوم الذكاء الانفعالي إلى قدرات مكملة للذكاء العقلي والقدرات المعرفية التي يتم قياسها بمعامل الذكاء(IQ).

لقد تأثر جولمان في نظريته حول الذكاء الانفعالي بالعالم هوارد جاردنر Howard Gardner الذي تكلم في بداية الثمانينات عن الذكاء المتعدد. حيث يرى جاردنر أن النجاح في الحياة يتطلب أنواعاً متعددةً من الذكاء. وأن أهم إسهام يمكن أن يقدمه العلم من أجل تنمية قدرات الأطفال هو توجيههم نحو المجالات التي تتناسب وأوجه التميز لديهم؛ ليحققوا الكفاءة والرضا (الأعسر، وكفافي، 2000).

وقد أشار ناجافي ورفاقه Naghavi, et al. (2010) إلى العلاقة بين الذكاء الانفعالي والعجز في التعبير عن الانفعالات. فالذكاء الانفعالي هو قدرة الفرد على معرفة وفهم وتطبيق

وإدارة الانفعالات، والتعبير عنها لديه ولدى الآخرين. لهذا فخلال المرحلة النمائية للأطفال، يجب على الأهل التأكيد على القدرات التالية لدى الأبناء: 1- فهم وتقييم والتعبير عن الانفعالات 2- إدارة وتنظيم الانفعالات 3- استعمال الانفعالات.

أما الشخص الذي يعاني من العجز في التعبير عن انفعالاته تكون مشاعره مشوشة، ويجد صعوبة في التمييز بينها، ولا يعبر عنها جسدياً بالشكل الصحيح، كما أن قدرته على التخيل محدودة جداً. لذا ينبغي العمل على تنمية الذكاء الانفعالي لدى الأفراد منذ الطفولة، لتأثيره الكبير على إنجازات الفرد في المستقبل في مختلف المجالات. وبواسطته يمتلك الفرد القدرة على التعبير الصحيح عن الانفعالات بالمقدار الذي يتطلبه الموقف (Naghavi, et al., 2010).

لقد صنف ماير الوارد في الأعسر وكفافي (2000) الناس فيما يتعلق بالوعي بالمشاعر والقدرة على إدارتها إلى الأنماط التالية:

- **النمط الذي لديه وعي بالذات:**

الوعي بالحالات المزاجية كما تحدث. هؤلاء الأشخاص لديهم رؤية واضحة لانفعالاتهم، وهم على يقين بحدودهم، ويتمتعون بصحة نفسية جيدة، ولديهم رؤية إيجابية للحياة. وحين يصابون بحالة مرضية، فإنهم لا يتوقفون عندها، بل يتمكنون من الخروج منها بسرعة. فتقديرهم للأمور يساعدهم على معالجة مشاعرهم بطريقة إيجابية.

- **النمط المنجرف:**

وهم الذين تطغى عليهم عواطفهم وانفعالاتهم وتبتلعهم وهم عاجزون عن تفاديها، وتمتلكهم حالاتهم المزاجية، وليس لديهم وعي بمشاعرهم. فهم مستغرقون في مشاعرهم أكثر من أن يكونوا مدركين لها، وهم لا يبذلون أي جهد للخروج من المزاج السيء ويشعرون بأنهم لا يتحكمون بحياتهم الانفعالية.

- **النمط المتقبل:**

لديهم رؤية واضحة حول مشاعرهم. فهؤلاء متقبلون للمشاعر، ولا يحاولون تغييرها. ينقسم المتقبلون إلى نوعين: ذوي المزاج المعتدل الذين ليس لديهم دافع لتغييره. وآخرون برغم

وضوح رؤيتهم حول حالتهم المزاجية إلا أنهم معرضون للمزاج السيئ ولكنهم يتقبلونه ولا يقومون بأي شيء لتغييره رغم انزعاجهم. وهذا هو النمط الشائع لدى المكتئبين.

كما أشار ديفز (2000) Davies إلى أن القاعدة الأساسية في الذكاء الانفعالي تتضمن المعرفة بانفعالاتنا واستخدامها في صنع قرارات الحياة. وذلك من خلال طرق التفكير التي تتضمن حل المشكلات، والتخطيط، واتخاذ القرارات، والذكاء الشخصي، والبين شخصي. ويهدف الذكاء الانفعالي إلى مساعدة الشخص على نقل المهارات الاجتماعية والشخصية التي تعلمها إلى المواقف الحياتية.

وقد عرف ماير وسالوفي الذكاء الانفعالي بأنه القدرة على الوصول إلى الانفعال أو توليده أو كليهما عندما تعمل المشاعر على تسهيل التفكير، والقدرة على فهم الانفعال، والمعرفة الانفعالية، والقدرة على تنظيم الانفعالات لتطوير النمو الانفعالي والعقلي معاً (Salovey & Sluyter, 1997).

كما يؤكد شوت ومعلوف وسيمنك ومكنلي وهولاندر Shutte, Malouff, Simunek, McKenely & Hollander (2002) على مدى مساهمة الذكاء الانفعالي في مجالات الحياة المختلفة، مثل التعلم، والعمل، والعلاقات الاجتماعية. لقد تم وضع العديد من النظريات التي تؤكد على أن الذكاء الانفعالي المرتفع يؤدي إلى مشاعر أفضل. وأن الأشخاص الذين لديهم وعي بانفعالاتهم وقدرة على إدارتها يحافظون على نظرة متفائلة للحياة، ويشعرون بصحة انفعالية أفضل. فيرتبط الذكاء الانفعالي المرتفع باكتئاب أقل، وتفاؤل أكبر، ورضى أكبر عن الحياة.

وبحسب جونز (2011) Jones فإن مركز الانفعالات هو الدماغ، واللوزة الموجودة في الجهاز اللمبي هي المسؤولة بالتحديد. فاللوزة تقوم دائماً بمسح للمعلومات، ثم تقرر ما إذا كانت هذه المعلومات آمنة. فإذا واجهت موقفاً مألوفاً ستبقى هادئة، أما إذا واجهت موقفاً غريباً، فسترفع مستوى القلق في الدماغ، وسيركز الدماغ انتباهه على هذا الموقف. وعندما تواجه اللوزة هذا الموقف الجديد ستفكر بمفهوم (الهجوم أو الهروب) Fight or Flight فإما ينسحب الشخص نتيجة للتهديد المدرك أو يشعر بالغضب ويثور تجاهه.

أهمية الذكاء الانفعالي:

يعتبر الذكاء الانفعالي من المهارات المهمة، لأنه يساعدنا على التعامل مع مصاعب الحياة بأفضل طريقة ممكنة، وللقيام بخيارات حكيمة، والتمتع بعلاقات اجتماعية جيدة، وغيرها من الفوائد مثل:

- زيادة الشعور بالثقة لدى الفرد؛ لامتلاكه المهارات المطلوبة للتعامل مع المواقف بأفضل طريقة ممكنة.
- زيادة الكفاءة؛ وذلك لأن الكفاءة الشخصية هي تفاعل مهارات الوعي بالذات ومهارات إدارة الذات.
- اكتساب احترام الآخرين وحبهم؛ وذلك لأن جميع التصرفات تنبع من تفكير ونزاهة.
- تحسين مهارات التواصل؛ وذلك لأن الفرد يصبح أكثر حساسية لمشاعر الآخرين.
- الحصول على علاقات اجتماعية أفضل؛ وذلك لأن العلاقات الجيدة تتطلب المرونة، والتحمل، والتقبل والتفهم، بالإضافة إلى الدافعية لتحسينها.
- النجاح في العمل؛ وذلك لأن رؤساء العمل والزملاء سيلاحظون مهارات تواصل جيدة، وقدرة على العمل الجماعي، وتوجه إيجابي، وتفهم لأخلاق المهنة، وهدوء، ومهارات في التفاوض (Wilding, 2007).

وللذكاء الانفعالي كما قدمه جولمان (Goleman, 1998) بعدان، هما بُعد الكفاية الشخصية (Personal Competence)، وبُعد الكفاية الاجتماعية (Social Competence):

البعد الأول: الكفاية الشخصية:

وتحدد الكيفية التي يتدبر بها الفرد أموره الذاتية، وتتضمن:

(1) الوعي الذاتي (Self – Awarencess):

ويعني معرفة الحالات الداخلية للفرد وتفضيلاته ومصادره وحدسه وتتضمن الكفايات الآتية:

أ.الوعي الانفعالي (Emotional Awarencess):

يقصد بالوعي الانفعالي معرفة الفرد انفعالاته وتأثيراتها.

ب.التقييم الدقيق للذات (Accurate Self Assessment)

ويعني معرفة نقاط القوة والضعف لدى الفرد.

ج.الثقة بالنفس (Self-Confidence):

يقصد بها إحساس قوي بقيمة الذات وقدراتها.

(2) التنظيم الذاتي: (Self – Regulation)

ويقصد بها إدارة الفرد لحالاته الداخلية وانفعالاته ومصادره، ويتضمن التنظيم الذاتي الكفايات الفرعية الآتية:

أ.التحكم الذاتي (Self control) :

يعني السيطرة على الانفعالات والدوافع الفوضوية.

ب.المصداقية (Trustworthiness):

ويقصد بها الحفاظ على مستويات من الأمانة والنزاهة.

ج.الضمير (Conscientiousness):

ويعني تحمل مسؤولية الأداء الشخصي.

د. التكيف (Adaptability)

ويعني المرونة في التعامل مع التغيير.

هـ. الابتكار (Innovation)

يقصد به الارتياح مع الأفكار الجديدة والطرق والمعلومات الجديدة.

(3) الدافعية (Motivation)

هي الميول التي تقود الفرد نحو الأهداف أو تسهل عليه تحقيقها، وتتضمن:

أ.دافع الإنجاز (Achievement Drive)

ويقصد به الكفاح لتحصيل مستوى عال من التفوق.

ب. الالتزام (Commitment):

ويعني التوحد مع أهداف المجموعة أو المنظمة.

ج. المبادرة (Initiative)

وتعني الاستعداد لاستغلال الفرص.

د.التفاؤل (Optimism):

ويقصد به الإصرار على متابعة الأهداف بالرغم من العراقيل والانتكاسات.

البعد الثاني: الكفاية الاجتماعية:

تحدد الكفاية الاجتماعية الكيفية التي يتدبر بها الفرد علاقاته مع الآخرين، وتتضمن:

(1) التعاطف (Empathy):

ويقصد به الوعي بمشاعر الآخرين وحاجاتهم واهتماماتهم، ويتضمن:

أ.فهم الآخرين (Understanding Others):

أي الإحساس بمشاعر الآخرين وآرائهم، وإبداء الاهتمام بما يشغلهم.

ب.تطوير الآخرين (Developing Others):

أي الإحساس بحاجات الآخرين بهدف تطوير قدراتهم.

ج. التوجه للخدمة (Service Orientation):

أي فهم وتوقع وإدراك حاجات الآخرين وتلبيتها.

د. التنوع المؤثر الفعال (Leveraging diversity):

أي تشجيع الفرص بين الأفراد المختلفين.

هـ. الوعي السياسي (Political awareness):

أي قراءة الميول الانفعالية للمجموعة والعلاقات التي تعطي القوة.

(2)المهارات الاجتماعية: Social Skills

وهي المهارات الهادفة إلى إحداث ردود الفعل المطلوبة عند الآخرين، وتتضمن:

أ.التأثير (Influence):

أي إدارة الأساليب الفعالة للإقناع.

ب.التواصل (Communication):

أي الإصغاء وإرسال رسائل مقنعة.

ج. إدارة النزاعات (Conflict – Management):

أي التفاوض وحل نقاط الخلاف.

د. القيادة (Leadership):

أي تحفيز وقيادة الأفراد والمجموعات.

هـ. محفز التغيير (Change catalyst):

أي المبادرة للتغيير أو إدارته.

و.بناء الروابط (Building Bonds)

العمل على تغذية العلاقات المثمرة.

ز.التعاون والتنسيق (Collaboration and Cooporation)

أي العمل مع الآخرين من أجل تحقيق الأهداف المشتركة.

ح. العمل الجماعي (Team Capabilities):

خلق قوة الفريق من أجل تحقيق الأهداف الجماعية (Goleman, 1998).

ومن خلال عرض نظرية جولمان في الذكاء الانفعالي يلاحظ أنها تضمنت مهارات اجتماعية وشخصية. فقد أشار إلى الصدق التنبؤي لنظريته قائلا: "إن الذكاء الانفعالي يمكن أن يتنبأ بالنجاح في البيت أو المدرسة أو العمل، كما يمكن أن يجعل الشباب أقل عدوانية وأكثر شعبية وقبولاً وأكثر قدرة على التعلم، كما سيجعلهم أكثر مساعدة للناس، وأكثر قدرة على العمل الجماعي والتعاوني" (Goleman, 1996).

ولتنمية الذكاء الانفعالي للفرد لا بد من مساعدته على تحقيق ما يلي:

1. الانفتاح على الخبرات: أي الحصول على فهم دقيق لخبراته، والقدرة على تقبل الواقع بما فيه مشاعره. ويرى روجرز أن كونك منفتحاً على مشاعرك أمراً مهماً وحيوياً من أجل نموك الشخصي، لتصل إلى تحقيق الذات وتنمي الذكاء الانفعالي لديك.

2. العيش في هنا والآن: ويؤكد هذا المفهوم على تقبل الماضي كما هو وعدم إضاعة الوقت في التفكير بأشياء حصلت ولا يمكن تغييرها، كذلك عدم التركيز على المستقبل الذي ما زال مجهولاً. وهذا يعني أن نعيش في الحاضر لنعيش الخبرة ونتقبلها بشكل كامل.

3. الثقة بالنفس: أن نقوم بأعمال نشعر أنها صحيحة، طبعاً هذا لا يعني أن نرتكب جريمة قتل لمجرد أننا نشعر بأنها صحيحة، بل المقصود هو أن تثق بحدسك الانفعالي لإرشادك للطريق الصحيح.

4. استغلال الحرية بطريقة جيدة: إننا نشعر بالحرية عند وجود العديد من الخيارات متاحة لنا. فالشخص الذكي انفعالياً والذي يعمل بكفاءة هو الذي يستغل هذه الحرية، ويكون مسؤول عن خياراته.

5. الإبداع: إذا كنت تشعر بأنك حر ومسؤول، فستسلك تبعاً لذلك، وستشترك في هذا العالم. وقد يكون ذلك من خلال الإبداع في الفنون أو العلوم. أو من خلال الاهتمام الاجتماعي، أو الحب الأبوي، أو ببساطة من خلال القيام بأفضل ما لديك في عملك (Wilding, 2007).

ويرى جولمان Goleman (1996) أن الناس الذين يتمتعون بالذكاء الانفعالي هم الذين يعرفون كيف يتحكمون بمشاعرهم والذين يقرأون بكفاءة مشاعر الآخرين ويجيدون التعامل معها، وهم الذين يتفوقون في أي مجال من مجالات الحياة، بالإضافة إلى ذلك فهم يشعرون بالرضا عن أنفسهم، وبالكفاءة في عملهم، وبقدرتهم على السيطرة على حياتهم. كل ذلك يدفعهم إلى التطور المستمر. أما الأشخاص الذين لا يتمتعون بالذكاء الانفعالي، فلا يستطيعون إدارة حياتهم الانفعالية، ويدخلون في معارك نفسية داخلية تدمر قدرتهم على التركيز في العمل، وتمنعهم من التمتع بفكر واضح.

ويضيف جولمان Goleman (1998) إلى أن الفرد الذي يتمتع بالذكاء الانفعالي عليه أن يمتلك المهارات التالية:

- التعرف على المشاعر في نفسه وفي الآخرين.

- استعمال المشاعر لتوجيه اهتمامه نحو الأحداث المهمة، وذلك للاستعداد للتفكير بشكل مناسب لحل المشكلة.

- فهم المشاعر والأسباب التي أدت لها وبالتالي فهم ما الذي يحدث حوله.

- السيطرة على المشاعر والانفتاح عليها لمساعدته على التفكير بشكل منطقي.

ويرى شابيرو ولورانس (2002) أنه قد تم إطلاق تعبير الذكاء الانفعالي على الخصائص الانفعالية التي ثبتت أهميتها في تحقيق النجاح، وتشمل: التعاطف، وضبط المزاج، وصحبة الآخرين، والمثابرة، والإحساس مع الآخرين، والتعبير عن المشاعر، والاستقلالية،

والقدرة على التكيف، وحل المشكلات، والمودة، والاحترام. بل إن أهم ما يميز الذكاء الانفعالي عن معامل الذكاء (IQ) هو أن الذكاء الانفعالي أقل تأثراً بالوراثة. وهذا يعطي الفرصة للمربين والمرشدين على تدريب الأطفال على مهارات الذكاء الانفعالي منذ الصغر ليصبحوا مسؤولين ومنتجين، وأكثر سعادة، وأكثر ثقة بأنفسهم عندما يصبحوا شباباً.

علاقة اضطرابات الأكل بالانفعالات:

أشارت الدراسات إلى أن أحد أسباب اضطرابات الأكل يكمن في عدم قدرة الفرد على التعرف على بعض الأحاسيس الجسدية، مثل الشعور بالجوع، وعدم القدرة على القيام باستجابة مناسبة، بالإضافة إلى الضغوطات التي تتعرض لها الفتيات الصغيرات للتنافس على الوصول لمعايير الجمال العالمية، وأيضاً إخضاع الأمهات بناتهن لدائرة سيئة من السيطرة، فكلما أكلت البنت دخلت في دائرة مغلقة من الشعور بالذنب ولوم الذات. كل ذلك يؤدي بالفتيات ليكن عرضة لاضطرابات الأكل.

بالإضافة لما سبق يحاول بعض الناس الترويح عن أنفسهم من خلال أكل الحلوى مثلاً، فكثير من الأفراد وخاصة النساء عند الشعور بالاكتئاب يحاولن أخذ حمام ساخن، أو يأكلن أكلة مفضلة لديهن أو يستمعن للموسيقى.

لذا فشراء هدية أو قطعة حلوى أو أكلة مفضلة أمر شائع جداً لدى النساء خاصة للتخلص من المزاج السوداوي. وقد وجد العلماء أن الأكل يعتبر استراتيجية شائعة للتخلص من الحزن لدى النساء بنسبة تزيد على (3) أضعاف ما هي عليه لدى الرجال. حيث يلجأ الرجال عادة لشرب الكحول أو تعاطي المخدرات للتخلص من الحزن. والمشكلة في هذه الاستراتيجيات أن نتيجتها سلبية جداً على الفرد، فالإفراط في الأكل أو الكحول يؤدي للندم ويزيد من الشعور بالاكتئاب (Goleman, 1998).

وقد أشارت بارث (2008) Barth إلى وجود علاقة بين اضطرابات الأكل والصعوبات التي تواجه الفرد في تنظيم انفعالاته، فالصعوبة في تنظيم الانفعالات تؤدي لصعوبة في الوعي بالانفعالات أو في استعمال التبصر في مواجهة المشكلات بفعالية.

وتعتبر اضطرابات الأكل لدى الذين يعانون منه أسلوب لتهدئة الذات وتهدئة الانفعالات التي لا يستطيع الفرد السيطرة عليها، فيفسر الأفراد ذلك بأن الشراهة في الأكل تعطيهم شعوراً بالهدوء وبالتحسن بعد الأكل بالرغم من انتقاد الذات. إن الاندفاع نحو الأكل يشعر الفرد بأنه يأتي من خارج ذاته لذا فهو ليس مسألة اختيار وليس تحت السيطرة. وعادة يكون للشراهة أهداف نفسية وانفعالية، فهي تساعد في تحمل الانفعالات وهذا يعتبر مهم جداً للبقاء.

وتضيف بارث بأن الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الأكل قد يكونوا أذكياء جداً وقادرون على استعمال اللغة بشكل جيد، وقادرون على التكلم بحرية عن مشاعرهم، فهم قد يصفون مشاعرهم، ويفسرون السياق الحالي والتاريخي الذي يرافقها، ومع ذلك يعانون من عدم القدرة على استعمال الأفكار والكلمات للسيطرة على المشاعر (Alexithymia) برغم ذكائهم. لذا كان على المرشد أن يجد طريقة للحديث عن الانفعالات والتفكير بها، وأن تكون لديه القدرة على فهم الدور الذي تلعبه الأعراض في السيطرة على المشاعر الجياشة والمؤلمة. فهي عملية تدريجية تبدأ بتسمية المشاعر والحديث عنها وتقبلها، ثم يبدأ المسترشد بعد ذلك بالشعور بأن هناك من يفهمه، عندها فقط يشعر بالأمان ويصارح المرشد بمشكلته.

وأكدت سيبولد Siebold (2008) على ما قالته بارث بأن الفرد يلجأ أحياناً للأكل كإستراتيجية كي لا يشعر بمشاعر مؤلمة، وأهم هذه المشاعر هو الشعور بالخجل من الذات، ويأتي الشعور بالخجل من إدراك الفرد السلبي لذاته من وجهة نظر الآخرين. لذا من الأفضل أن لا يركز المرشد على سلوك الأكل بل يحاول زيادة وعي الفرد بمشاعره، وتقوية قدرة الفرد على اقامة علاقات مع الآخرين. فزيادة التركيز على سلوك الأكل، قد يؤدي بالمسترشد للشعور بالخجل بشكل أعمق مما سبق، ثم قد يجد نفسه غير قادر على الكلام، وقد يتفادى العلاج، لذا من الأجدى للمرشد التركيز على المشاعر بدلاً من بذل جهوده في الاستكشاف المعرفي للأعراض ومحاولة احتوائها.

أشارت الدراسات إلى ارتباط اضطراب الشراهة مع قلة الوعي بالذات، لهذا يستخدم الشخص نوبة الشراهة بهدف إدارة الانفعالات. والمبدأ الأساسي هو أن نوبات الشراهة تساعد الشخص على الهروب من المشاعر المؤلمة. عادة يلجأ هذا الشخص للحمية الصارمة ثم إلى الشراهة. فالحمية الصارمة عبارة عن استراتيجية تهدف إلى كبح الانفعال قبل أن يظهر. أما النوبة فيتم اللجوء إليها بعد ظهور الانفعال. ومن أهم المشاعر التي يهرب منها المصاب باضطراب الشراهة كره الجسد، والاشمئزاز والخجل من الذات، والغضب. فعندما يوشك

الغضب على الإنفجار، يحاول الشخص إبعاده عنه، فيحوله إلى جسده، فيظهر عدم الرضا عــن الجسد. وبعبارة أخرى يمكن القول أن الانفعال السلبي يؤدي إلى نوبة الشراهة، أما الخوف مــن الانفعال السلبي فيؤدي إلى الامتناع عن الأكل (Fox, 2009; Fox & Power, 2009).

وقد أشار فيفر (2002) Pfeiffer إلى أن الأشخاص المصابين باضطراب الشراهة يعتقدون أن أسلوب الأكل لديهم ناجح جداً؛ وذلك لأنه يخدمهم بالتخلص من مشاعر كره الذات، والشعور بالذنب والملل والاكتئاب والغضب، ويقلل من الشعور بالضغط والشعور بالقلق، ويساعدهم في تلبية الحاجة إلى الاهتمام، وينقذهم من المواقف المزعجة. فباللجوء إلى نوبة الشراهة، يستطيع الشخص الهروب من مشاعر الفوضى، ومشاعر عدم السيطرة ولو بشكل مؤقت. وقد أكد جولمان (1998) Goleman بأنه لا يوجد لدى بعض الأفراد الذين يعانون من السمنة القدرة على التمييز بين الشعور بالخوف أوالغضب أوالجوع. فيدركوا جميع هذه المشاعر كإشارة على الجوع، لذا يلجأون للأكل ويفرطون به كلما شعروا بالانزعاج.

وقد أشار جولمان (1998) Goleman إلى أن فشل الفرد في التعرف على مشاعره المؤلمة ثم الفشل في السيطرة عليها، من الأسباب المهمة التي تؤدي لاضطراب الأكل. وقد أظهرت الدراسات أنه كلما كبرت المشكلة التي تعاني منها الفتيات كلما كانت ردود فعلهن للمشاكل والصعوبات الصغيرة التي تواجههن ردوداً مثقلة بمشاعر مؤلمة كثيفة وجياشة يصعب تهدئتها، وكلما قل وعي الفتاة بنوع هذه المشاعر وطبيعتها، وترافقت مع عدم الرضا عن الجسد، زاد ذلك من اضطرابات الأكل لديها، بالإضافة إلى الضغوطات الاجتماعية التي تتعرض لها والمتعلقة بمعايير الرشاقة والجمال التي تقدمها وسائل الإعلام المرئي والمسموع، بالإضافة إلى ضغوطات الأمهات على بناتهن في ما يتعلق بسلوك الأكل، فكلما أكلت البنت دخلت في دائرة مغلقة من الشعور بالذنب ولوم الذات. كل ذلك يؤدي بالفتيات ليكن عرضة لاضطرابات الأكل.

تشير كورستورفين (2006) Corstorphine إلى أن المثير المباشر لاضطرابات الأكل هي المشاعر، وبالأخص العجز في إدارة هذه المشاعر. فالمصاب باضطراب الــشراهة، مــثلاً، لا يستطيع التعامل مع التغيرات الحادة في المزاج، الإيجابية منها والسلبية. ويرجع بتفسيره لــذلك إلى طفولة الشخص التي تعلم خلالها أن المشاعر خطيرة وسيئة، ويجب ألا نعبر عنها خاصــة أمام الناس. فعندما يواجه حدث ما فإنه يولد لديه ردود فعل انفعالية أوليــة كاســتجابة طبيعيــة تكيفية، مثل الشعور بالغضب تجاه خيانة صديق. لكن بوجود الاعتقاد السابق، سيرفض الشخص

ردة الفعل الأولية الطبيعية التكيفية، وسيلجأ إلى ردة الفعل الثانوية، مثل الشعور بالذنب بسبب الغضب. فالانفعالات الثانوية هي نتيجة تقييمنا للانفعالات الأولية على أنها سيئة.

وأشارت باكرويد وروثر (2008) Buckroyd & Rother إلى مفهوم الجوع الانفعالي Emotional Hunger لدى الأشخاص الذين يعانون من السمنة. والمقصود بالجوع الانفعالي مجموعة الصعوبات المرتبطة بتحسين العلاقات مع الآخرين. فهو نابع من حرمان الشخص من حاجة نفسية أو من عجز انفعالي، مثل قلة الحب أو قلة الدفء أو قلة الرعاية. ويرافق ذلك اشتياق للعلاقات الاجتماعية وللشعور بالانتماء، حيث يريد البعض أن يعيد مشاعر الدفء التي كان يحصل عليها أثناء الطفولة مثل الشعور بالقرب من الأهل والأصدقاء، والبعض الآخر يحاول الحصول على الدفء الذي لم يحصل عليه أبداً في حياته. ويعتبر الشعور بالوحدة، وعدم الانتماء، وعدم الاهتمام بالذات من أهم أشكال الجوع الانفعالي.

فالشعور بالوحدة نوع من أنواع الجوع الانفعالي. حيث يستخدم الشخص الأكل من أجل الشعور بالراحة ليحل محل العلاقات الاجتماعية التي لم يحصل عليها. فالأكل يزود الشخص بالدواء الذي يعالج شعور الألم لديه. أو هو الدواء الذي يعالج شعور الاشتياق لعلاقات اجتماعية كانت في الطفولة ثم انتهت.

أما بالنسبة لشعور عدم رعاية الذات فهو مرتبط بالنساء فقط. ويحدث لدى النساء اللواتي يلجأن للأكل كوسيلة للاهتمام بالذات، وذلك لأنهن يقضين حياتهن وهن يمنحن الرعاية للآخرين وينسين أنفسهن كعادة المرأة والأم بالذات. في هذه الحالة تستخدم السيدة الأكل ظناً منها أنه سيعطيها الراحة والاهتمام اللذين لم تحصل عليهما من أحد.

أما فيرجسون (2009) Ferguson فيشير إلى أهمية إشباع الحاجات العلاقاتية Relational Needs لدى الفرد؛ وذلك للتخلص من الألم الذي يصاحب العلاقات الإجتماعية مع الآخرين، والذي يؤدي الى العديد من الاضطرابات بما فيها اضطرابات الأكل. ويضيف الى أنه في الوقت الذي نتشارك فيه جميعاً بالحاجات العلاقاتية نفسها، الا أن ترتيبها من حيث الأهمية قد يختلف من شخص لآخر. لذا من المهم أن نكتشف الحاجات ذات الأولوية الأعلى لكل منا حتى نستطيع اشباعها، وبالطريقة التي تناسبنا. وهذه الحاجات المشتركة، هي: التقبل، والمودة، والتقدير، والرضا، والاهتمام، والمواساة، والتشجيع، والاحترام، والأمان، والدعم.

فعندما تلبى حاجاتنا العلاقاتية، سنشعر أننا محبوبون وسنتصرف بناءاً على ذلك. أما عندما لا تلبى حاجاتنا العلاقاتية، فسنشعر أننا غير محبوبين وسنتصرف بناءاً على ذلك. فستكون

أفكارنا خاصة تلك المتعلقة بأنفسنا وقيمتنا لدى الآخرين غير صحية . وسنختبر مشاعر سلبية ومؤلمة أهمها الشعور بالألم والغضب والخوف والشعور بالذنب وإدانة الذات. وأخيراً سنقوم بسلوكات غير بناءة وسلبية مثل الشره .

إن عدم الوعي بالذات وبالمشاعر وعدم تلبية الحاجات العلاقاتية لدى الفتاة يعني أنه كلما واجهتها مشكلة ما في حياتها وفشلت في حلها بفعالية، أدى ذلك الى شعورها بالانزعاج، وهذا الشعور هو المحرك الرئيسي لاضطرابات الأكل. وعليه، فإن العلاج الفعال لهؤلاء الفتيات يجب أن يتضمن تعليمهن التعرف على مشاعرهن والسيطرة عليها، ثم التعرف على مشاعر الآخرين، وأخيراً تعليمهن المهارات الاجتماعية للتعامل الفعال مع الناس دون اللجوء للأساليب غير التكيفية كعادة الشراهة في الأكل لتحل لهن المشكلة.

وجدت ليون (Leon) الواردة في جولمان (1996) Goleman، أن أكبر مسبب لاضطرابات الأكل لدى الفتيات هو عدم وعيهن بمشاعرهن، وبالإشارات الصادرة عن أجسامهن. فعادة تتعلم الفتيات منذ الصغر التمييز بين الشعور بالملل والغضب والاكتئاب والجوع، لكن هؤلاء الفتيات لم يكتسبن القدرة على التمييز بين الانفعالات الأساسية. فقد تواجه الفتاة منهن مشكلة مع أختها أو صديقتها فلا تعرف ما هو شعورها بالضبط، هل هو غضب أم قلق أم اكتئاب؟ إلا أنها تختبر مشاعر كثيفة لا تعرف كيفية التعامل معها بفاعلية، وتكتشف بالخبرة أن شعورها سيتحسن إذا لجأت للأكل، ومع الوقت تصبح هذه عادة لديها، إلا أنها لا تتحول لاضطراب في الأكل حتى تصطدم بالضغوطات الاجتماعية التي يفرضها المجتمع على الفتيات ليكن نحيفات باعتبار النحافة مقياس للجمال.

نستطيع تلخيص ما سبق بأن عدم الوعي بالذات وضعف المهارات الاجتماعية لدى الفتاة يعني أنه كلما واجهتها مشكلة مع الأصدقاء أو مع الأهل، ستفشل في حلها بفعالية. مما يشعرها بالانزعاج، وهذا الشعور بالانزعاج هو المحرك الرئيسي لاضطرابات الأكل.

وعليه، فإن العلاج الفعال لهؤلاء الفتيات يجب أن يتضمن تعليمهن المهارات الانفعالية التي تنقصهن، فعليهن أن يتعلمن التعرف على مشاعرهن والسيطرة عليها. وأخيراً، عليهن تعلم المهارات الاجتماعية للتعامل مع الناس بطريقة جيدة دون اللجوء للأساليب غير التكيفية كعادة الأكل لتحل لهن المشكلة.

الدراسات السابقة:

ان موضوع اضطراب الشراهة من المواضيع الحديثة نسبياً والتي تحتاج إلى المزيد من الدراسة والبحث، فبالرغم من وجود عدد من الدراسات الأجنبية إلا أننا نعاني من قلة الدراسات العربية وخاصة في الأردن. وكذلك هناك ندرة في الدراسات التي تناولت علاج اضطراب الشراهة بأسلوب العلاج المرتكز على الانفعالات. لقد تم جمع الدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة الحالية والتي تتضمن بناء برنامج ارشادي مرتكز على الانفعالات في علاج اضطراب الشراهة ومؤشر كتلة الجسم وتحسين الذكاء الانفعالي وذلك من خلال البحث في الشبكة الالكترونية والدوريات العلمية المتوفرة. وفيما يلي عرض لهذه الدراسات.

الدراسات التي تناولت العلاقة بين العلاج المرتكز على الانفعالات واضطرابات الأكل:

قام مينوز وكوينتانا ولاس هيز واجوير وباديرنا وجونزاليس توريس Munoz, Quintana, Las Hayas, Aguirre, Padierna & Gonzales-Torres (2009) بدراسة لتقييم ومقارنة نوعية الحياة لدى مرضى اضطراب الأكل ولدى أفراد المجتمع بشكل عام وذلك بتطبيق مقياس محدد يسمى مقياس نوعية الحياة للمرضى بأمراض محددة أو لديهم مشاكل صحية أو اضطرابات الأكل Health-Related Quality of life for Eating Disorders (HERQOLED)، طبقت الدراسة على (358) مريضاً كخط قاعدي، ثم طبق المقياس على (305) مرضى بعد سنة من العلاج. أما عينة المجتمع فقد تم أخذ عينة مؤلفة من (305) أفراد قاموا بالاستجابة لمقياس الدراسة. بعد مقارنة النتائج، وجدت الدراسة أن مستوى نوعية الحياة لدى مرضى الأنوريكسيا هو الأقل حتى بعد سنة من العلاج، وأشار الباحثون إلى أن نوعية الحياة لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل تتحسن بعد سنة من العلاج لكنها لا تصل لمستوى نوعية حياة أفراد المجتمع بشكل عام.

أما كانالز وسانشو واريجا Canals, Sancho & Arija (2009) فقد قاموا بدراسة حول تأثير اتجاهات الآباء نحو الأكل والأبعاد المعرفية والسلوكية لدى الآباء على اضطرابات الأكل لدى الأبناء. تم تطبيق الدراسة على عينة مكونة من (1336) ولداً وبنتاً بمتوسط عمر (11.37) سنة وآبائهم، وتم دراسة اتجاهات الآباء نحو الأكل، وعدم الرضا عن صورة الجسد، ومؤشر كتلة الجسم (BMI) واضطرابات الأكل لدى الآباء. أظهرت النتائج أنه بالنسبة للأم فإن عدم الرضا عن صورة الجسد، والنزعة نحو النحافة، وعدم الوعي بالحالات الإنفعالية المختلفة،

وعدم تمييز الأحاسيس الداخلية المتعلقة بالجوع والشبع، يؤدي لاضطرابات الأكل لدى الأولاد. أما بالنسبة للأب فالنزعة نحو النحافة لديه، والكمال يرتبطان باضطرابات الأكل لدى الأبنـــاء. كما أشار الباحثون إلى ضرورة الاهتمام بالأبعاد المعرفية والسلوكية عند وضع برامج وقائيـــة وعلاجية لاضطراب الأكل.

وفي دراسة قام بإجرائها فوكس وفروم Fox & Froom (2009) حول استخدام اضطرابات الأكل للسيطرة على المشاعر المؤلمة. حاولت الدراسة التأكد مـــن مـــدى مـــساهمة المـــشاعر الأساسية في أنماط اضطرابات الأكل. تناولت الدراسة المشاعر الأساسية الخمسة : (الغـــضب، والحزن، والخوف، والاشمئزاز، والسعادة). حيث تم تطبيق مقياس المشاعر الأساسية ومقياس القلق ومقياس الاكتئاب على (53) سيدة مشاركة في الدراسة. أظهرت النتائج وجود ارتباط قوي بين اضطرابات الأكل والمشاعر الأربعة السلبية. ليس هذا فحسب بـــل ان مـــشاعر الغـــضب والحزن مساهمان قويان في اضطرابات الأكل.

أما الدراسة التي قام بإجرائها لوبيرا واستبانز وفرنانـــدز وبوتـــستا وجاريـــدو Lobera, Estebanez, Fernandez, Bautista & Garrido (2009) لتفسير استراتيجيات التكيف التي يتبعها المصابون باضطرابات الأكل، وعلاقتها بخصائص الشخصية، وبنوعية هـــذه الإســـتراتيجيات بالمقارنة مع مجموعة ضابطة ومع مرضى لديهم اضطرابات نفسية أخرى. تـــم دراســـة (93) مريضاً باضطرابات الأكل، و(73) خريجاً جامعياً من قسم علم النفس وقـــسم التغذيـــة، و(74) مريضاً باضطرابات نفسية أخرى. أشارت النتائج إلى أن المصابين باضطرابات الأكل لـــديهم: انتقاد ذات، وانسحاب اجتماعي، وإدارة غير مناسبة للانفعالات، وإدارة عامة غير مناسبة لـــدى مقارنتهم بالمجموعتين الأخيرتين. كما أشار التحليل العنقودي للنتـــائج إلـــى ضـــرورة تقـــسيم المرضى إلى مجموعتين: المجموعة الأولى تعاني من انتقاد الذات، والتفكيـــر غيـــر الـــواقعي، والانسحاب الاجتماعي، والإدارة غير المناسبة المرتكزة على الانفعالات، وإدارة غير ملائمـــة بشكل عام. أما المجموعة الثانية فكانت نتائجها أعلى في ما يتعلق بحل المـــشكلات، والفعاليـــة الذاتية المدركة، والإدارة الملائمة المرتكزة على المشكلات، والإدارة المناسبة بشكل عام. وهكذا أشارت الدراسة إلى أهمية استراتيجيات التكيف بالإضافة إلى الصفات الشخـــصية للفـــرد فـــي تشخيص اضطراب الأكل وكذلك في العلاج.

وفي دراسة قامت بها هاريسون وسوليفان وشـــانتوريا وتريجـــر Harrison, Sullivan, Tchanturia & Treasure (2009) حول قدرة من يعانين من اضطرابات الأكل علـــى التعـــرف

على المشاعر والسيطرة عليها. تم تطبيق الدراسة على (20) سيدة يعانين من اضطرابات الأكل (الأنوريكسيا) و(20) سيدة لا يعانين من الاضطرابات ليشكلن مجموعة ضابطة. وجدت الدراسة ان السيدات اللواتي يعانين من اضطراب الأكل كانت درجاتهن على مقياس التعرف على المشاعر أدنى. كما كان لديهن صعوبات اكبر من المجموعة الضابطة في ما يتعلق بالسيطرة على المشاعر. مما يعني ان النساء اللواتي يعانين من اضطرابات الأكل خاصة الأنوريكسيا، كان لديهن صعوبات في التعرف على المشاعر والسيطرة عليها،مما يستدعي استهداف هذه المشاعر في البرامج العلاجية التي تستهدف اضطرابات الأكل.

كما قامت زاجا وريف وهيلبرت Czaja, Rief & Hilbert (2009) بدراسة هدفت إلى اختبار مدى قدرة الأطفال المصابين باضطراب الشراهة على السيطرة على انفعالاتهم. تم أخذ عينة مكونة من (60) طفلاً تراوحت أعمارهم ما بين (8) و(13) سنة ممن عانوا من فقدان السيطرة على الأكل مرة واحدة على الأقل خلال آخر (3) شهور. تمت مقارنتهم بمجموعة ضابطة تضم (60) مشتركاً. خضع المشتركون إلى مقابلة اكلينيكية قاموا أثناءها بملء استبانة لاضطرابات الأكل لدى الأطفال. ثم قاموا بعد ذلك بالإجابة على استبانة أخرى لتقييم استراتيجيات السيطرة على الانفعالات، واضطراب الأكل، وأعراض الاكتئاب. أظهرت النتائج ان الأطفال الذين يعانون من فقدان السيطرة على الأكل، كانوا يعتمدون استراتيجيات غير صحية للسيطرة على الانفعالات المؤلمة خاصة مشاعر القلق. وهذه الإستراتيجيات غير التكيفية كان لها ارتباط عالٍ مع الاكتئاب.

أما بالنسبة للبحث الذي قام به جوس وكابريلاك وهارتمان وويرشنغ وزيك Joos, Cabrillac, Hartmann, Wirsching & Zeeck (2009) حول معرفة ما إذا كان هناك عجز في الإدراك الانفعالي وفي العمليات الانفعالية لدى الذين يعانون من اضطرابات الأكل. تم تطبيق الدراسة على (34) مريضاً يعانون من اضطرابات الأكل، (19) منهم يعانون من البوليميا، و(15) يعانون من الأنوريكسيا. أظهر المرضى الذين يعانون من الأنوريكيسا خوفاً كبيراً عند مواجهة مثير بصري يشير إلى الغضب بعكس المرضى الذين يعانون من البوليميا حيث كان خوفهم أقل بكثير. ولم يكن هناك فروق في الإدراك الانفعالي فيما يتعلق بمثيرات الخوف أو السعادة أو الحزن. وقد يعود سبب الخوف الشديد لمرضى الأنوريكسيا عند مواجهة انفعالات الغضب إلى كونهم منطويين على ذاتهم ويحاولون دائماً تجنب الصراعات والنزاعات.

كذلك قام ماكيوين وفلوري (2009) McEWen & Flouri بدراسة هدفت إلى معرفة دور السيطرة على الانفعالات في العلاقة بين تربية الأهل وأعراض اضطرابات الأكل لدى المراهقين. تم اختيار (203) طلاب تراوحت أعمارهم ما بين (11−18) سنة من مدرسة فقيرة في لندن، ثم تم اختيار المتغيرات التالية: عدد الأحداث السلبية التي تعرضوا لها خلال السنة الماضية، والجنس، والعمر، والطبقة الاجتماعية والاقتصادية، أظهرت النتائج أن الصعوبات التي يعاني منها المراهقون في السيطرة على انفعالاتهم توسطت العلاقة بين السيطرة النفسية للآباء والأعراض الانفعالية لدى المراهق، أما اضطرابات الأكل فكانت صلتها مباشرة بالسيطرة النفسية للآباء وبعدد أحداث الحياة السلبية التي يختبرها المراهق. أوصت الدراسة بوضع برامج لمعالجة اضطرابات الأكل والمشاكل الانفعالية لدى المراهقين عن طريق تعليمهم السيطرة على الانفعالات، ثم محاولة حمايتهم من أحداث الحياة السلبية الضاغطة.

أما الدراسة التي قام بها كل من ايونو وفوكس (2009) Ioannou & Fox فكانت ضمن الدراسات الحديثة التي تناولت العلاقة بين العجز عن التعبير عن الانفعالات واضطراب الأكل. هدفت الدراسة إلى: (1) تحديد العلاقة بين اضطراب الأكل والقدرة على التعبير الانفعالي. (2) اختبار الفرضية القائلة بان النساء المصابات باضطراب الأكل يمتنعن عن التعبير عن الانفعالات لأنهن يعتقدن أن التعبير عن الانفعالات سيكون له نتائج سلبية عليهن حيث يشعرن بالتهديد من التعبير عن الانفعالات.(3) تحديد ما إذا كان أدراك النساء المصابات باضطراب الأكل للتهديد عند مواجهة مشاعر الغضب مرتبط بعدم القدرة على التعبير عن الانفعالات لديهن. تم جمع عينة مكونة من (133) سيدة مشخصة بالإصابة باضطراب الأكل وذلك من خلال جمعية انجليزية متخصصة باضطرابات الأكل تدعى (B-EAT) . تم جمع هؤلاء النساء خلال عام (2007) وعام (2008) من خلال الملفات الموجودة على حاسوب الجمعية مع الحفاظ على السرية المطلقة. قامت (38%) من المشاركات بالإجابة على مقاييس الدراسة. وبعد مراجعة الاستجابات وتحليلها أشارت نتائج الدراسة إلى ما يلي: (1) هناك ارتباط سلبي بين التعبير الانفعالي واضطراب الأكل خاصة النزعة نحو النحافة، والبوليميا، وعدم تقبل الجسد. (2) كذلك هناك ارتباط سلبي قوي بين التهديد المدرك عند مواجهة الانفعالات خاصة الغضب وبين القدرة على التعبير عن الانفعالات. (3) تنبأ التهديد المدرك من انفعال الغضب بالكف الانفعالي. لذا أشارت الدراسة إلى وجود معامل ارتباط قوي بين العجز عن التعبير عن الانفعالات وبين لجوء

السيدة إلى الأكل. وان الغضب هو اهم انفعال تخشاه السيدة المصابة باضطراب الأكل ولا تستطيع التعبير عنه.

وقامت الكيلاني (2009) Kilani بدراسة هدفت إلى معرفة نسبة انتشار العوامل التي تزيد من احتمال الإصابة باضطرابات الأكل لدى طلبة الجامعة الأردنية وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية وهي الجنس، السنة الدراسية في الجامعة، ومكان إقامة العائلة. تم تطبيق الدراسة على (1275) طالباً وطالبة تتراوح أعمارهم ما بين (18-22) سنة، حيث كان عدد الإناث (871) طالبة، أما الذكور فكان عددهم (386) طالباً. أشارت النتائج إلى أن نسبة انتشار العوامل التي تزيد من احتمال الإصابة باضطرابات الأكل بين الذكور كانت أعلى مما هي لدى الإناث. ولم يكن هناك أثر لعوامل السنة الدراسية ومكان إقامة العائلة. أما عوامل الخطورة التي توصلت إليها الدراسة والتي تزيد من خطورة الإصابة باضطرابات الأكل هي: الاستعداد البيولوجي، والاستعداد النفسي، ووضع العائلة، والعوامل الثقافية والاجتماعية.

كما قام الزغاليل (2009) بدراسة هدفت الى التعرف على مدى انتشار مشكلة اضطرابات الأكل لدى طلبة جامعة مؤتة. كذلك هدفت الى معرفة مدى الإختلاف في سلوكات واتجاهات هؤلاء الطلبة تجاه هذه الظاهرة تبعاً لمتغيرات النوع، والمستوى الدراسي، ومجال التخصص، والمعدل التراكمي. تم اختيار عينة عشوائية مكونة من (714) طالباً وطالبة. اظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في سلوكات واتجاهات الطلبة نحو الأكل تبعاً لكل من متغير الجنس والمعدل التراكمي. واظهرت وجود فروق ذات دلالة احصائية في سلوكات واتجاهات الطلبة نحو الأكل تبعاً لمتغير مجال التخصص، ومتغير المستوى الدراسي.

قامت وايت وماشيب وجريلو (2009) White, Masheb & Grilo بدراسة حول أثر القيام بالحميات الغذائية والامتناع عن الأكل لفترات مؤقتة، وتغيير أسلوب الحياة على السيدات اللواتي يعانين من الشراهة. تم تطبيق الدراسة على (512) سيدة يعانين من هذا الاضطراب. أظهرت النتائج ان السيدات اللواتي يلجأن للقيام بالحميات الغذائية يؤدي بهن ذلك إلى تفاقم مشكلة اضطرابات الأكل. أما تغيير أسلوب الحياة فيحميهن منه. وأكدت الدراسة على الحاجة إلى المزيد من الدراسات طويلة الأمد لاختبار مدى تنبؤ الامتناع عن الأكل بالسمنة وبنوبات الشراهة.

كما قام كورستاريلي وديميرزي وستامو Costarelli, Demerzi & Stamou (2009) بدراسة لمعرفة مدى أثر الذكاء الانفعالي، وصورة الجسد، ومستوى القلق لدى النساء اللواتي يعانين من اضطرابات الأكل. تم تطبيق الدراسة على (92) طالبة جامعية في اليونان. تراوحت أعمارهن ما بين (18–30) سنة. أظهرت النتائج أن (23%) من أفراد العينة يعانين من اضطرابات الأكل وان هؤلاء يتميزن بمستويات متدنية من الذكاء الانفعالي خاصة الوعي بالانفعالات، والتعاطف، والعلاقات الشخصية، وإدارة الضغط، والسعادة. وان مستويات القلق لديهن مرتفعة، ولديهن انشغال كبير بالوزن.

كما قامت جاد الله Gadallah (2008) بدراسة لمعرفة مدى انتشار اضطرابات الأكل وما الخصائص الديموغرافية والمؤشرات الصحية المصاحبة لها لدى عينة من النساء الكنديات اللواتي أعمارهن (50) سنة أو أكثر، كما هدفت إلى معرفة العلاقة بين أعراض اضطرابات الأكل وبين اضطرابات المزاج واضطرابات القلق وتعاطي الكحول. وجدت الدراسة أن النساء اللواتي يعانين من أعراض اضطرابات الأكل، كانت سلوكات اتباع الحمية الغذائية لديهن متكررة، ولديهن انشغال كبير بشكل الجسم ومقدار الأكل الذي يتناولنه، كما وجدت الدراسة ارتباطاً إيجابياً بين اضطرابات الأكل ومستوى الضغط الذي تتعرض له النساء، وارتباطاً سلبياً بين اضطرابات الأكل والصحة الجسمية كما أظهرت الدراسة الحاجة لمزيد من الأبحاث حول اضطرابات الأكل لدى النساء الأكبر عمراً.

وفي دراسة نوعية قام بها ماكنمارا وشير–هانسن وهاي McNmara, Chur- (2008) Hansen & Hay هدفت لاكتشاف ردود الفعل الانفعالية للأفراد المصابين باضطراب الأكل لدى رؤيتهم للأنواع المختلفة من الأطعمة. حيث تم سؤال (10) سيدات لديهن انوريكسيا أو بوليميا أو أنواع أخرى من اضطرابات الأكل، عن أفكارهن لدى مشاهدتهن صور للعديد من الأطعمة خلال الجلسة. ثم تم إخضاع المعلومات إلى التحليل النوعي. أشارت النتائج إلى أهمية "القدرة على السيطرة على الذات" كجزء لا يتجزأ من سلوك الأكل. وبالرغم من ان العديد من الدراسات السابقة تكلمت عن السيطرة كعنصر مهم في سلوكات الأشخاص المصابين باضطرابات الأكل، إلا ان هذه الدراسة تعتبر الأولى التي تربط بين القدرة على السيطرة والاستجابات الانفعالية السلبية لمنظر الطعام كالشعور بالخجل والاشمئزاز من الذات.

قام لوسون وايمانويلي وساينز ووالر Lawson, Emanuelli, Sines & Waller (2008) بدراسة هدفت إلى اكتشاف مدى الوعي الانفعالي بين النساء المصابات باضطرابات الأكل وما

المعتقدات الأساسية التي يفكرن بها. حيث أظهرت الدراسات السابقة ان مرضى اضطرابات الأكل لديهم عادة صعوبات في التعرف على المشاعر والتعبير عنها. وبالاستناد إلى النظريات المعرفية التي تركز على دور المعتقدات في فهم الانفعالات، قامت الدراسة الحالية باختبار المعتقدات الأساسية لدى النساء اللواتي يعانين من اضطرابات الأكل، حيث تم تطبيق اختبار مقنن حول المعتقدات وحول الصعوبات في التعرف على الانفعالات والتعبير عنها على (70) سيدة لديهن اضطرابات في الأكل. أظهرت الدراسة وجود علاقة ذات نمط محدد بين المعتقدات الأساسية والانفعالات. وان الصعوبة في التعرف على الانفعالات فمرتبطة بالمعتقدات الأساسية، بينما الصعوبة في التعبير عن الانفعالات فمرتبطة بالهجر وبالاعتقاد بضرورة كبت هذه الانفعالات. وأخيراً اقترحت الدراسة انه من الضروري معالجة المعتقدات الأساسية من اجل زيادة القدرة على التعرف على الانفعالات والتعبير عنها. ثم بعد ذلك تتم معالجة الانفعالات التي تسبب اضطرابات الأكل.

وفي دراسة أجراها جوبتا وروزنتال ومانسيني وشيفنز وليونش Gupta, Rosenthal, Mancini, Cheavens & Lynch (2008) من اجل اختبار تأثير المشاعر السلبية، والخجل المزمن، ومهارات السيطرة على الانفعالات على أعراض اضطرابات الأكل لدى (154) سيدة يدرسن في الجامعة. افترضت الدراسة ان مهارات السيطرة على المشاعر ستتوسط العلاقة بين الخجل المزمن وأعراض اضطراب الأكل. أشارت النتائج إلى ان الخجل المزمن تنبأ باضطراب الأكل بالإضافة إلى المشاعر السلبية العامة. بالإضافة الى ذلك ظهر ان الصعوبات التي تواجه الفرد في السيطرة على الانفعالات توسطت العلاقة بين الخجل المزمن وأعراض اضطراب الأكل. واقترحت الدراسة انه يمكن خفض دور الخجل المزمن في اضطراب الأكل عن طريق تنمية مهارة السيطرة على الانفعالات.

وفي دراسة قام بها كورباسون ورضا وويسكوبف Courbasson, Rizea & Weiskopf (2008) للتعرف على العلاقة بين الأكل الانفعالي واستعمال العقاقير واضطراب الأكل. حيث قام الباحثون بتقييم مدى صلاحية مقياس الأكل الانفعالي Emotional Eating Scale (EES) في تشخيص اضطرابات الأكل. حيث تم تطبيقه على (193) شخصاً يتعالجون من تعاطي العقاقير واضطرابات الأكل. أظهرت النتائج أن الأكل الانفعالي تنبأ بالقدرة على مقاومة تعاطي العقاقير في المواقف الضاغطة، كما أظهرت أن مقياس (EES) مفيد جداً في التقييم، وفي النهاية اقترح الباحثون الحاجة لمزيد من الأبحاث حول هذا الموضوع.

وقامت جاربر وآخرون Garber, et al. (2008) بدراسة حول علاقة مؤشر كتلة الجسم (BMI) وسلوكات اضطرابات الأكل مع عدم الرضا عن الوزن. طبقت الدراسة على عينة مكونة من (2157) سيدة ممن التحقن بالبحرية الأمريكية، كانت أعمارهن حوالي (19) سنة، معظمهن متزوجات وأنهين التعليم الثانوي، وأتين من العواصم. وجدت الدراسة أن النساء اللواتي لديهن مؤشر كتلة الجسم (BMI) مرتفع، واللواتي لديهن قلق مرتفع حول مدى مناسبة أوزانهن للمعايير المفروضة من الجيش حول الوزن، كن يعانين من اضطراب الأكل.

أما الدراسة التي قامت بإجرائها شافنر وباكانان Schaffner & Buchanan (2008) فكانت تهدف إلى تقييم مدى فاعلية برنامج علاجي تم تطبيقه على (77) سيدة بعد ان تم تشخيصهن باضطرابات الأكل. استعمل البرنامج الاتجاه التكاملي فجمع بين العلاج السلوكي المعرفي والعلاج المتعدد النماذج معتمداً على حاجات الفرد. تم استخدام (3) أساليب للعلاج في هذا البرنامج وهي: العلاج الجمعي، والعلاج الفردي، والعلاج العائلي. وكان العلاج على مستويين. المستوى الأول عبارة عن إدخال جزئي إلى المستشفى. أما المستوى الثاني فهو علاج مكثف في العيادات الخارجية. تم تقييم مدى فاعلية البرنامج العلاجي عن طريق مقارنة معلومات حول الاتجاهات نحو الأكل، وخصائص الشخصية والأعراض، وأعراض الاكتئاب، وأعراض القلق قبل العلاج وبعد العلاج. أشارت النتائج إلى انه بعد (12.8) أسابيع من العلاج، اظهر المرضى انخفاضاً ملحوظاً في أعراض اضطراب الأكل، وأعراض الاكتئاب، وأعراض القلق، وزيادة في الوزن لدى من يعانين من الأنوريكسيا.

وفي دراسة قام بها ليجينبر وفوكس ورودل Legenbauer, Vocks & Ruddel (2008) حول الوعي بالمشاعر والانفعالات والتحيز المعرفي لدى الأشخاص المصابين باضطرابات الأكل، وقد وجدوا أن لدى هؤلاء المرضى صعوبات في التعرف على مشاعرهم وفي إدراك مشاعر الآخرين. وقد حاولت الدراسة إيجاد التحيزات المعرفية المتعلقة بالمشاعر التي يعبر عنها الأفراد. طبقت الدراسة على (20) مشاركا يعانون من البوليميا و(20) مشاركا كمجموعة ضابطة، كانت الاختلافات في درجة الوعي الذاتي بالانفعالات بعد المعالجة كبيرة، مما يشير إلى وجود خلل معرفي انفعالي في التعرف على الانفعالات لدى المصابين بالبوليميا.

وفي دراسة طولية استمرت لمدة (10) سنوات، قامت بها ستريجل مور ودوم وكريمر شريبر وتايلور ودانيلز Striegel- Moore, Dohm, Kraemer, Schreiber, Taylor & Daniels

(2007) هدفت لدراسة عوامل الخطر في مرحلة الطفولة والتي تؤدي لاضطرابات الأكل في المستقبل، اشترك في الدراسة (45) مشاركة يعانين من البوليميا والشراهة وكان لديهن تاريخ من اضطرابات الأكل. وجدت الدراسة أن هناك عوامل خطورة منذ مرحلة الطفولة تؤدي لاضطرابات الأكل في مرحلة الرشد وهذه العوامل هي: ارتفاع مؤشر كتلة الجسم، وانخفاض مفهوم الذات، وانخفاض صورة الجسد، وارتفاع الضغط والقلق وأخيراً ضعف التماسك الأسري.

وقام كل من هيلبرت وتوشن- كافير Hilbert & Tuschen- Caffier (2007) بدراسة لاختبار أثر المزاج السلبي باعتباره أحد السوابق لاضطرابات الأكل خاصة البوليميا والشراهة. طبقت الدراسة على (20) سيدة تعاني من البوليميا و(20) سيدة تعاني من الشراهة واستخدم الباحثان مجموعة ثالثة مكونة من (20) سيدة كمجموعة ضابطة. أظهرت النتائج أنه في كلا المجموعتين اللتين تعانيان من اضطرابات الأكل كان المزاج قبل الأكل الشره أكثر سلبية منه في حالة الأكل العادي، وأعقب الأكل بشراهة انخفاض آخر في المزاج، وكان المزاج السلبي والأفكار السلبية لدى المجموعة التي تعاني من الشراهة أقل مما هي لدى المجموعة التي تعاني من البوليميا.

أما فاندرلندن وبويس وبيترز وبروبست Vanderlinden, Buis, Pieters & Probst (2007) فقد أجروا دراسة مقارنة بين وجهة نظر المرشدين ووجهة نظر المسترشدين حول الأمور التي يجب أن يتضمنها البرنامج الناجح في علاج اضطرابات الأكل. أجريت الدراسة على عينة مكونة من (132) مسترشداً. بعد استطلاع عن آرائهم ، تمت مقارنة النتائج مع آراء (49) خبيراً في علاج اضطرابات الأكل. أظهرت النتائج وجود تقارب بين وجهات نظر المرشدين والمسترشدين، حيث أقروا جميعاً بضرورة أن يتضمن البرنامج العلاجي العمل على تحسين مفهوم الذات، وتحسين الخبرة الجسدية وتعليم مهارات حل المشكلات حتى ينجح البرنامج في علاج اضطرابات الأكل.

كما درس مانش وميير وبيكر وشنايدر ومارجراف Munsch, Becker, Meyer, Schneider & Margraf (2007) خصائص (1877) سيدة ألمانية تراوحت أعمارهن ما بين (18-24) سنة يعانين من نوبات الشراهة المتكررة، وجدت الدراسة أن النساء اللواتي لديهن نوبات متكررة من الشراهة يعانين من اضطرابات نفسية مرافقة، وأن هذه النوبات المتكررة هي عامل خطر يؤدي لمزيد من اضطرابات الأكل في المستقبل.

كما درست كوبر وتود وتيرنر وويلــز Cooper, Todd, Turner & Wells (2007) أثــر علاج معرفي سلوكي للبوليميا على أفكار وسلوكات الشخص المصاب ، كانت الدراسة عبــارة عن دراسة حالة طبقت على (3) مريضات باضطراب البوليميا، وتمت متابعتهن لمدة (9) أشهر بعد انتهاء العلاج. تكون البرنامج العلاجي من زيادة الدافعية، وإعادة البناء المعرفي، وخبرات سلوكية، واستهدف البرنامج بعض الاعتقادات والافتراضات الموجودة لدى هؤلاء المــشاركات. أظهرت النتائج نجاح المشاركات في التغلب على اضطرابات الأكل، مما يؤكد أهمية التركيــز على التغير المعرفي في علاج البوليميا.

وفي دراسة قامت بها جيلبيرت Gilbert (2007) هدفت إلى دراسة نموذج يتنبأ باضطراب الأكل عن طريق نظرية التعلق. تم تحديد الشراهة في الأكل كوسيلة للسيطرة علــى الانفعــال السلبي. وكان للشراهة ارتباط قوي مع التعلق غير الآمن، والتعلق القلــق، والتعلــق التجنبــي، والانفعال السلبي، وعدم القدرة على التعبير عن الانفعالات، ومستوى الوعي الانفعالي، والتشويه في صورة الجسد. تم قياس الشراهة في الأكــل بثلاثــة مقــاييس مختلفــة وهــي: الــشراهة الموضوعية، وزيادة الأكل الانفعالي، والمخاوف المتعلقة بالأكل. وقد شارك في الدراسة (290) سيدة استجبن لإعلان على الإنترنت طلب فيه من كل سيدة ان تكون قد عانت من نوبة أكل شره واحدة على الأقل خلال آخر (6) شهور. وتم استبعاد السيدات اللواتي قمن بسلوكات تعويضية، والسيدات اللواتي كن يخضعن إلى العلاج في تلك الفترة. أشارت النتائج إلى ان التعلــق القلــق والانفعال السلبي يشكلان عاملان أساسيان يؤثران على التشوه في صورة الجسد. وهو بــدوره كان المتنبئ القوي بالمقاييس الثلاثة للشراهة. بالإضافة إلى ذلك وجدت الدراسة ان مؤشر كتلة الجسم والمستويات العالية من الكرب يؤثران في تشوه صــورة الجــسد الــذي يتنبــأ بــدوره باضطراب الأكل.

وقام كسلر وشوارزي وفيليبيك وترو وويترشيم Kessler, Schwarze, Filipic, Traue & Wietersheim (2006) بدراسة هدفت إلى التأكد من الفرضية القائلة بان الأشخاص المــصابين باضطرابات الأكل، يعانون من عدم القدرة على التعبير عن انفعالاتهم، ويجدون صــعوبة فــي تمييز المشاعر من خلال تعابير الوجه. قامت الدراسة بتقييم مهــارة تمييــز الانفعــالات لــدى مجموعة مكونة من (79) سيدة يعانين من اضطرابات الأكل. تمت مقارنتهن مع مجموعة أخرى مكونة من (78) سيدة كمجموعة ضابطة. أظهرت النتائج عدم وجــود فروقــات كبيــرة بــين

المجموعتين في ما يتعلق بتمييز الانفعالات. إلا أن المجموعة التي تعاني من اضطرابات الأكل أظهرت عدم قدرة على التعبير عن الانفعالات واضطرابات نفسية مرافقة.

وقام كل من ماشيب وجريلو Masheb & Grilo (2006) بدراسة حول زيادة الأكل الانفعالي لدى الأشخاص الذين يعانون من السمنة واضطرابات الأكل. طبقت الدراسة على (220) شخصاً (28) رجلاً و(172) امرأة حيث كان مؤشر كتلة الجسم لديهم اكبر من (25). طبق على المشاركين مقياس زيادة الأكل الانفعالي الذي يقيم مدى تأثير المشاعر الأساسية التالية على تكرار لجوء الشخص إلى الأكل وهي: القلق، والحزن، والوحدة، والتعب، والغضب، والسعادة. تم تطبيق المقياس مرتين بفارق أسبوع بينهما. أظهرت النتائج ارتباط قوي بين زيادة الأكل الانفعالي ومدى تكرار الشراهة في الأكل، ومظاهر اضطرابات الأكل، والاكتئاب. لكن الارتباط بين زيادة الأكل الانفعالي وبين الجنس ومؤشر كتلة الجسم فكان ضعيفاً.

وقامت فاخوري (2006) بدراسة هدفت إلى التعرف إلى أشكال اضطرابات الأكل لدى طالبات الصف العاشر في المدارس الخاصة لمدينة عمان، وعلاقة هذه الاضطرابات بصورة الذات والقلق وممارسة الرياضة وعادات الأم الغذائية وبعض العوامل الديموغرافية. تألفت عينة الدراسة من (843) طالبة تراوحت أعمارهن ما بين (14-16) سنة. تم اختيارهن من (14) مدرسة من مدارس عمان الخاصة. أشارت النتائج إلى أن الأنوريكسيا هي أكثر اضطرابات الأكل شيوعاً لدى الطالبات. وتزيد نسبة انتشار النزعة نحو النحافة والسمنة لدى الطالبات اللواتي تحمل أمهاتهن مؤهل الثانوية العامة فما دون. كما تزيد نسبة السمنة عند الطالبات إذا كان الأب يحمل مؤهل الثانوية العامة والدبلوم. ولم تجد الدراسة أية فروقاً في نسبة انتشار اضطرابات الأكل وفقاً لمتوسط دخل الأسرة.

وفي دراسة أخرى قام بها جريلو وماشيب وبرودي وبيرك مارتنديل وروثشايلد Grilo, Masheb, Brody, Burke-Martindale & Rothschild (2005) حول عدم الرضا عن صورة الجسد لدى النساء والرجال الذين يعانون من السمنة المفرطة ونوبات الشراهة ويسعون للقيام بالعمليات الجراحية للتخلص من السمنة. تم تطبيق الدراسة على (260) شخصاً مرشحين محتملين لعمليات ربط المعدة. (44) رجلاً و(216) امرأة. تم دراسة العوامل التالية التي تتنبأ بعدم الرضا عن الجسد لدى الأشخاص المصابين بالسمنة والشراهة وهي بالترتيب: الجنس، والعرق، ومؤشر كتلة الجسم، والعمر الذي بدأ به زيادة الوزن، والمعاملة السيئة في مرحلة

الطفولة، ونوبات الشراهة والاكتئاب، وتقدير الذات. أظهرت النتائج ان مستوى عدم الرضا عن الجسد لدى النساء أعلى منه لدى الرجال. وأن نوبات الشراهة، وتدني تقدير الذات هم أكثر العوامل تأثيراً على عدم الرضا عن الجسد.

أما برودي وماشيب وجريلو Brody, Masheb & Grilo (2005) فقد قاموا بدراسة حول أفضل الأساليب العلاجية التي يختارها المصابون بالسمنة وباضطرابات الأكل. تم تطبيق الدراسة على (103) أشخاص لديهم اضطرابات أكل ويحاولون إيقاف الشراهة والعمل على خسارة الوزن. استمع المشاركون إلى شرح عن العلاج السلوكي المعرفي والعلاج السلوكي لخسارة الوزن وذلك كي يقوموا باختيار العلاج الأنسب لهم. فضل (63%) من المشتركين العلاج السلوكي المعرفي. واعتمد اختيار المشترك للأسلوب العلاجي المناسب له على كيفية إدراكه لمشكلته الأصلية هل هي اضطراب في الأكل أم سمنة. كما اعتمد على هدفه من المعالجة هل هو إيقاف الشراهة أم خسارة الوزن. فالأشخاص الذين اختاروا العلاج السلوكي المعرفي اعتمدوا على إدراكهم للمشكلة وليس على الهدف من العلاج.

وقام بيدلوسكي وكوركوس وجيميت وباتيرنيتي وبيرثوز ولوريير وشامبري وكونسولي Bydlowski, Corcos, Jeammet, Paterniti, Berthoz, laurier, Chambry & Consoli (2005) بدراسة هدفت إلى: قياس مستوى الوعي الانفعالي لدى الفرد والقدرة على التعبير عن الانفعالات وذلك من اجل الوصول إلى فهم أفضل للعجز في العمليات الانفعالية لدى مرضى اضطرابات الأكل. تم تطبيق الدراسة على عينة تجريبية مكونة من (70) سيدة يعانين من اضطرابات الأكل. تمت مقارنتهن مع عينة ضابطة مكونة من (70) سيدة. استخدمت الدراسة مقاييس متعددة لقياس الاكتئاب، والقلق، والعجز في التعبير الانفعالي، ومستوى الوعي الانفعالي. أظهرت النتائج ان النساء اللواتي يعانين من اضطرابات الأكل، كانت درجاتهن مرتفعة على مقياس عدم القدرة على التعبير الانفعالي. ومنخفضة على مقياس مستوى الوعي الانفعالي، فقد اظهرن عدم قدرة على التعرف على انفعالاتهن، وعجز في تصور الخبرة الانفعالية لدى الآخرين.

وفي دراسة قامت بها دول وبيترسون وستيوارت_براون Doll, Peterson & Stewart_Brown (2005) هدفت إلى تقييم نوعية الحياة المتعلقة بالصحة لدى الأفراد المصابين باضطراب الأكل. وذلك حسب نوع الاضطراب وعلاقته بالمرض، والاكتئاب، وأساليب إيذاء الذات. تم جمع بيانات حول تاريخ اضطراب الأكل، والصحة الجسمية، والصحة الانفعالية، والمرض المزمن، والاكتئاب، وسلوك إيذاء الذات، والأفكار الانتحارية لدى الأشخاص الذين

شملتهم الدراسة وعددهم (1439) مشاركاً من بين طلاب المملكة المتحدة. أظهرت النتائج ان (83) مشاركة يعانين من تاريخ طويل من اضطراب الأكل. (54) منهن يعانين من البوليميا، (22) يعانين من الشراهة، (7) يعانين من الأنوريكسيا. كما أظهرت ان الأفراد الذين يعانون من اضطراب الأكل، كانوا أيضاً يعانون من عجز في الصحة الانفعالية أكثر من الصحة الجسمية. وكان هذا العجز أكثر وضوحاً لدى الأفراد المصابين بالبوليميا والشراهة. وباختصار أشارت النتائج إلى ان الأفراد الذين لديهم تاريخ من اضطراب الأكل، كان لديهم أيضاً عجز أساسي في نوعية الحياة خاصة الصحة الانفعالية.

وقد قام الشيخ (2005) بدراسة هدفت إلى التعرف على مقدار التباين الذي تفسره متغيرات تقدير الذات المرتبط بالأكل، والفعالية الذاتية المرتبطة بالأكل ، واكتئاب الأكل، وقلق الأكل، والإعلام، وضغط الرفاق، والصراعات الأسرية، وصورة الجسد وتقدير الذات، والقلق، والاكتئاب في اضطرابات الأكل. طبقت الدراسة على (715) مراهقة تراوحت أعمارهن ما بين (15) إلى (18) سنة تم اختيارهن من مدارس مدينة عمان. أشارت النتائج إلى ان صورة الجسد، والقلق، واكتئاب الأكل، وضغط الرفاق، والإعلام قد فسروا مجتمعين (66.8%) من التباين في اضطرابات الأكل، وأن الإعلام وحده قد أسهم في تفسير (46%) من هذا التباين.

كما قامت ريس وجريلو وماشيب وويلسون Reas, Grilo, Masheb & Wilson (2005) بدراسة حول التقييم المبالغ به للشكل والوزن لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشراهة. هدفت إلى اختبار مدى تكرار السلوكات المتعلقة بتجنب الجسم، والسلوكات المتعلقة بالتفقد الدائم للمناطق التي تتركز فيها زيادة الوزن. تم تطبيق الدراسة على (377) فرد يعاني من اضطراب الشراهة، ولديه مؤشر كتلة جسم أعلى من (25). تألفت العينة من (80) رجل و(297) امرأة. وكانت النتيجة أن معظم المشتركين يقومون بتفقد أماكن زيادة الوزن، ويتجنبون الملابس التي تزيد وعيهم بهذه المناطق. فصورة الجسد من الأمور الواجب الاهتمام بها.

كذلك قام الشريقي وعبد الحميد Shuriquie And Abdulhamid (2005) بدراسة أشارا فيها الى عدم اقتصار اضطرابات الأكل على المجتمعات الغربية بل اصبحت تؤثر على مجتمعاتنا ايضاً. هدفت الدراسة لمتابعة (5) حالات لسيدات اردنيات يعانين من اضطرابات الأكل. استغرقت عملية المتابعة (5) سنوات ووجدت نقص في مفهوم الذات لدى السيدات وفجوة بين سلوكهن الحالي وطموحهن.

الدراسات التي تناولت العلاقة بين العلاج المرتكز على الانفعالات والذكاء الانفعالي:

قامت كل من مونتاجو وسفاتوفيك وليفنسون Montagno, Svatovic & Levenson (2011) بدراسة حول تأثير التدريب على العلاج المرتكز على الانفعالات على الأزواج (couple therapy). تم إخضاع (76) مرشداً لتدريب استمر (4) أيام حول العلاج المرتكز على الانفعالات. حيث خضع المرشدون للمقاييس القبلية ثم البعدية مباشرة بعد انتهاء التدريب. لكن تم أخذ عينة جديدة من العينة السابقة وتم إخضاعهم للمقاييس البعدية بعد (8) أشهر من التدريب. أظهرت النتائج أنه بعد التدريب تحسنت معلومات هؤلاء المرشدين حول العلاج المرتكز على الانفعالات، وتحسن كفاءتهم، وأصبحوا أكثر انفتاحاً على مشاعرهم وتحسن التعاطف لديهم وبالنهاية تحسنت علاقاتهم الاجتماعية مع الآخرين.

كما قام كل من جي وتنج وجن وشان Jie, Ting, Jin & Chan (2011) بدراسة هدفت إلى اكتشاف الأنواع الفرعية لما يعرف بالعجز عن التعبير الانفعالي Alexithymia ومدى ارتباط هذه الأنواع بالقدرة على التعبير عن الانفعالات، والقدرة على إدارة الانفعالات لدى مجموعة من الطلبة الجامعيين الصين. طبقت الدراسة على (1788) طالباً قاموا بتعبئة استبانة العجز الانفعالي واستبانة لتقييم الحالة الانفعالية والقدرة على إدارة الانفعالات. أظهرت النتائج وجود (4) أنواع من العجز عن التعبير الانفعالي وهي: 1- عجز انفعالي عالي للشخصية الانبساطية. 2- عجز انفعالي عالي عام. 3- عجز انفعالي للشخصية الانطوائية. 4- عدم وجود عجز انفعالي. اتصف العجز الانفعالي العام بمستوى ذكاء انفعالي منخفض على جميع الأصعدة. واتصف العجز الانفعالي لدى الشخصية الانطوائية بعدم القدرة على الوعي بالمشاعر، واتصف العجز الانفعالي لذوي الشخصية الانبساطية بمستوى ذكاء انفعالي عادي، وبشكل عام اقترن العجز الانفعالي بمستوى ذكاء انفعالي منخفض وعلى جميع الأصعدة.

أما الدراسة التي قام بها كل من فاي وكالرا وسوامي وشوكلا وسابرامنيام وكاماث Faye, Kalra, Swamy, Shukla, Subramanyam & Kamath (2011) فقد هدفت إلى ما يلي: 1- تقييم الذكاء الانفعالي والتركيز على التعاطف. 2- دراسة مدى ارتباط مستوى الغضب مع كل من الذكاء الانفعالي والتعاطف. تم تطبيق مقاييس الدراسة على عينة عشوائية مكونة من (150) طالب في كلية الطب ويتدرب في مستشفى مومباي. أشارت النتائج إلى أن أكثر من (70%) من أفراد العينة كان مستوى الذكاء الانفعالي لديهم ضعيف. وان مستوى التعاطف لدى الرجال

المتزوجون مرتفع. أما الأشخاص الذين يعانون من مشاكل عائلية، فكان لـــديهم وعـــي أكبـــر بانفعالاتهم وانفعالات الآخرين. كما كان مستوى الذكاء الانفعالي للأشخاص الذين لديهم عـــبء أقل في العمل، ووقت أكبر للمتعة والرياضة مرتفعاً. كما أشارت النتـــائج إلـــى أن الأشـــخاص القادرون على إدارة انفعالاتهم والسيطرة عليها، لديهم علاقات اجتماعية أفضل مـــع رؤســـائهم وزملائهم في العمل. وان هناك ارتباط سلبي بين مستوى الغضب ومستوى الذكاء الانفعالي.

كما قام كل من اوستين وساكلوفـــسكي وماســـتوراس Austin, Saklofske & Mastoras (2010) بدراسة العلاقة بين الذكاء الانفعالي، والتكيف، والشخصية، والضغط. طبقت الدراســـة على (475) طالباً جامعياً في إحدى الجامعات الكندية. تم قياس مستوى الضغط لديهم في بدايـــة الفصل الدراسي ثم في بداية فترة الامتحانات. وجدت الدراسة أن هناك ارتباط سلبي مـــا بـــين مستويات الضغط ومكونات الذكاء الانفعالي. كما أظهر التحليل العـــاملي أن مكونـــات الـــذكاء الانفعالي والقدرة على التكيف مع الانفعالات، يتوسطان العلاقة بين الشخصية وبـــين مـــستوى الضغط النفسي والصحة النفسية للطالب.

وقام موات (2010) Mouat بدراسة نوعية هدفت إلى معرفة العلاقـــة بـــين العلاقـــات الاجتماعية بين الطلاب والتي هي جزء من الذكاء الانفعـــالي وبـــين الـــصعوبات الاجتماعيـــة والانفعالية التي يواجهونها. طبقت الدراسة على (69) طالباً تم تتبعهم خلال أول ســـنتين مـــن المرحلة الثانوية. كما تم إجراء دراسة حالة على ستة منهم. أشارت النتائج الى أنه كلما تحسنت العلاقات الاجتماعية بين الطلاب وبين الطلاب والمعلمين، كلما تحـــسنت مهـــارات التواصـــل، والتعاطف لديهم.

وقام كل من شوبير وجيسين – بلو وفان جيمرت وويرسيما ومنديرا وإيميلكامب ونوتـــا Schuppert, Giesen-Bloo, Van-Gemert, Wiersema, Minderaa, Emmelkamp & Nauta (2009) بدراسة هدفت إلى التعرف إلى أثر التدريب على إدارة الانفعالات على مجموعـــة مـــن المراهقين. تألفت العينة من (43) شاباً، تراوحت أعمارهم ما بين (14–19) سنة، يعانون مـــن عدم القدرة على إدارة الانفعالات واضطراب الشخصية الحدية. تم جمعهـــم مـــن (5) مراكـــز للصحة العقلية في هولندا. ثم تم توزيع العينة بشكل عشوائي إلى مجموعتين، المجموعة الأولى وتكونت من (23) شاباً خضعت للعلاج النفسي بالإضافة إلى التدريب على إدارة الانفعالات. أما المجموعة الثانية فتكونت من (20) شاباً وخضعت للعلاج النفسي فقط. أظهرت النتائج أن العينة التي خضعت للعلاج النفسي بالإضافة إلى التدريب على إدارة الانفعالات تحسن لديها مـــستوى

الضبط الداخلي وأصبح لديها قدرة أكبر على السيطرة على تقلبات المزاج، والتغيرات المرافقة له.

كما قام كل من في وكو ويي–هوان وفي–هانج وشو Fei, Ku, Yi-Hwan, Fei-Hung & Shuo (2009) بدراسة للتأكيد على مدى تأثير الوعي بالانفعالات على الرضا في العمل. تم إخضاع (362) طالباً في تايوان يدرسون العلاقات العامة بدورة تدريبية تتعلق بعملهم. أشارت النتائج إلى أن الوعي بالانفعالات وبمتطلبات العمل الانفعالية كان لها ارتباط إيجابي مع القدرات الانفعالية، والتي كان لها ارتباط إيجابي مع القرارات الانفعالية، والتي كان لها ارتباط إيجابي مع الرضا عن العمل. أما العوامل الوسيطة فكانت الدعم الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية والتي تحسنت بارتفاع الوعي بالانفعالات.

وفي دراسة قام بها كل من لاين وثيلويل ولوثر وديفنبورت Lane, Thelwell, Lowther & Devenport (2009) هدفت إلى دراسة العلاقة بين مكونات الذكاء الانفعالي والمهارات النفسية. طبقت الدراسة على (54) شاباً رياضياً، حيث طبق عليهم مقياس للذكاء الانفعالي، ومقياس لقياس الأداء الرياضي. أشارت النتائج إلى أن المهارات النفسية لدى الرياضيين مرتبطة بادراكاتهم حول الذكاء الانفعالي، وخاصة الحديث الذاتي، والتخيل. وتتضمن هذه الادراكات: تقييم مشاعر الآخرين، والقدرة على إدارة الانفعالات. فالرياضيون الذين لديهم ادراكات قوية حول الذكاء الانفعالي، لديهم علاقات اجتماعية قوية أيضاً.

أما الدراسة التي قام بها كل من محي الدين وإلياس ونور الدين Mahyuddin, Elias & Noordin (2009) حول مستوى الأداء الأكاديمي لطلاب المدارس الحكومية مقارنة بالمدارس الخاصة في ماليزيا. وذلك للتحقق من مقولة أن المدارس الخاصة متفوقة أكاديمياً على المدارس الحكومية. طبقت الدراسة على (647) طالباً في المدارس الثانوية. مدرستان حكوميتان ومدرستان خاصتان. أشارت النتائج إلى أن الأداء الأكاديمي لطلاب المدارس الحكومية كان أعلى مما هو لدى طلاب المدارسة الخاصة. ولم تجد الدراسة ارتباط بين الذكاء الانفعالي والإنجاز الأكاديمي. لكن الارتباط بين الدافعية للإنجاز والإنجاز الأكاديمي. وبين الذكاء الانفعالي والدافعية للإنجاز فكان قوياً.

وقام ليونارد وهارفي Leonard & Harvey (2007) بدراسة العلاقة بين الفضول والذكاء الانفعالي. تم تعريف الفضول بأنه نظام الدافعية الانفعالي الإيجابي الذي له ارتباط عال مع

القدرة على التعرف على المشكلات والقدرة على إدارتها. طبقت الدراسة علــى (312) طالبــاً جامعياً قاموا بالإجابة على مقاييس الذكاء الانفعالي، والاستكشاف، والدافعية. أظهــرت النتــائج وجود ارتباط موجب بين الفضول والذكاء الانفعالي.

وقامت مبيضين (2007) ببناء برنامج تدريبي استناداً لمفهوم الذكاء الانفعــالي وقيــاس فاعليته في مفهوم الذات والدافعية الذاتية بأبعادها الأربعة (المعرفي، والانفعــالي، والأخلاقــي، والاجتماعي) لدى طلبة المرحلة الأساسية في الأردن. تكونت العينة من (120) طالب وطالبــة موزعين عشوائياً إلى مجموعة تجريبية وعددها (60) طالب وطالبة، ومجموعة ضابطة وعددها (60) طالب وطالبة. أشارت النتائج إلى تحسن الدافعية وتحسن مفهوم الذات لدى الطلبة الــذين تعرضوا للبرنامج.

وفي دراسة قامت بها مطر (2004) هدفت إلى التعرف على تأثير برنامج تعليمــي – تعلمي مستند إلى نظرية جولمان في الذكاء الانفعالي في تنمية الذكاء الانفعالي، والتقليــل مــن السلوك العدواني لدى عينة من طلبة الصفين الخامس والسادس. تكونت العينة من (78) طالبــاً وطالبة موزعين إلى (38) ذكوراً و(40) إناثاً. تم اختيارهم بطريقة مقصودة، ثم تم توزيعهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة. بعد تعريض الطلاب للبرنامج، أظهر التحليل الإحصائي وجــود أثر للبرنامج في رفع مستوى بعد الوعي الذاتي، والتعاطف. إلا أنه لم يكن له أثر في رفع بعــد التنظيم الذاتي، والدافعية والمهارات الاجتماعية. كما كان للبرنامج أثر كبير في خفض الــسلوك العدواني لدى الذكور.

وفي دراسة قام بها ماكراتي واتكنسون وتوماسينو وجــولتز ومــايروفتز McCraty, Atkinson, Tomasino,Goelitz & Mayrovitz (1999) هدفت إلى بناء برنامج لتعليم مهــارات إدارة الذات من الناحية الانفعالية لطلاب المدارس المتوسطة، حيث تم تعليمهم تكنيكات لتنميــة مهارات الكفاءة الانفعالية للتعامل مع الــضغوطات التــي تنــشأ خــلال المواقــف المــشحونة بالانفعالات. طبقت الدراسة على (32) طالباً في الصف السابع في مدينة فلوريدا في الولايــات المتحدة الامريكية، حيث تراوحت أعمارهم ما بين (12-13) عام. أظهــرت النتــائج أن تعلــم المهارات الانفعالية منذ الطفولة ينمي لدى الفرد أنماطاً فسيولوجية صحية لها أثر علــى تعلــم الأطفال وصحتهم على المدى البعيد.

لقد أشارت الدراسات السابقة إلى أهمية العلاقة بين الانفعالات واضطرابات الأكل. وأن عدم الوعي بالانفعالات، وعدم القدرة على التعبير عنها من أهم الأسباب التي تؤدي إلى اضطرابات الأكل. وقد حرصت الدراسة الحالية على الاستفادة من هذه الدراسات سواء من حيث المنهج أو من حيث الإستراتيجيات المستخدمة. وتميزت عن الدراسات السابقة ببناء برنامج خاص مرتكز على الانفعالات لعلاج اضطراب الشراهة والسمنة وتحسين مستوى الذكاء الانفعالي لدى عينة من النساء في الأردن. ثم تطبيقه والتعرف على أثره من خلال مقارنة نتائج المجموعة التجريبية والضابطة. خاصة وأن هذا النوع من البرامج ذو اتجاه جديد في الغرب وما زالت البرامج المرتكزة على الانفعالات في بدايتها.

لقد حرصت الدراسة الحالية على الاستفادة من هذه الدراسات سواء من حيث المنهج أو من حيث الاستراتيجيات المستخدمة. وتميزت عن هذه الدراسات بإعدادها لبرنامج خاص مرتكز على الانفعالات يهدف إلى علاج اضطراب الشراهة والسمنة وتحسين مستوى الذكاء الانفعالي لدى عينة أردنية. كما استفادت هذه الدراسة من المعالجات الإحصائية المتبعة.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يتضمن هذا الفصل وصفاً لمنهجية الدراسة، وأفرادها وكذلك أدواتها ممثلة في مقياس اضطراب الشراهة، ومقياس مؤشر كتلة الجسم، ومقياس الذكاء الانفعالي، وكيفية التحقق من صدقها وثباتها. كما يتضمن وصفاً للبرنامج الإرشادي الذي تم بناؤه إضافة إلى الإجراءات التي تم إتباعها في تنفيذ الدراسة وتصميم الدراسة، والمتغيرات، والمعالجة الإحصائية التي استخدمت في استخلاص النتائج.

أفراد الدراسة:

تم اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية متيسرة من السيدات اللواتي يعانين من اضطراب الشراهة ويراجعن العيادات النفسية ومراكز التغذية الموجودة في مدينة عمان وذلك خلال الفترة الواقعة ما بين 2011/2/1–2011/6/1.

بعد إجراء مقابلة أولية مع جميع أفراد العينة المحتملة وعدد أفرادها(29) سيدة، وبعد تطبيق أدوات الدراسة عليهن، تم اختيار (24) سيدة ممن حصلن على أعلى الدرجات على مقياس الشراهة. وجميعهن لديهن زيادة في الوزن ومؤشر كتلة جسم مرتفع يتراوح ما بين (25) و(37). وقد تميز أفراد الدراسة بدرجة عالية من التجانس فجميعهن من الطبقة الوسطى فما فوق، ويقمن في منطقة عمان الغربية، وتتراوح أعمارهن ما بين (27–52) سنة. أما مستوى تعليمهن فيتراوح ما بين الدبلوم الجامعي والماجستير. (20) سيدة منهن متزوجة، واثنتان عزباوتان، وواحدة مطلقة وواحدة أرملة. (22) سيدة منهن ربة بيت لا تعمل خارج المنزل، و(2) سيدة تعمل بدوام جزئي. وقد وافقت جميع السيدات على المشاركة في البرنامج والالتزام بحضور الجلسات في الفترة ما بين (2011/6/1) و(2011/8/1).

لقد تم توزيع السيدات عشوائياً وبالتساوي إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة. بلغ عدد السيدات في كل مجموعة (12) سيدة يعانين من اضطراب الشراهة. تم تدريب المجموعة التجريبية على البرنامج المرتكز على الانفعالات أما المجموعة الضابطة فلم تتلق أي تدريب.

أدوات الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المقابلة، ومقياس اضطراب الشراهة، ومقياس الذكاء الانفعالي، إضافة إلى برنامج إرشادي مرتكز على الانفعالات من أجل خفض اضطراب الشراهة والسمنة لدى السيدات وزيادة ذكاؤهن الانفعالي.

(1) المقابلة (ملحق رقم 1):

قامت الباحثة بإجراء مقابلات فردية مع السيدات المشاركات في الدراسة، والبالغ عددهن (24) سيدة. حيث تم إجراء مقابلات شبه مقننة، تم من خلالها جمع معلومات حول اضطراب الشراهة لدى كل مشاركة، وأسبابه، والأوقات التي يحدث فيها وكمية الطعام التي يتم تناولها، والمشاعر المرافقة لنوبات الأكل الزائد، ومدى تكرار هذه النوبات. يوضح الملحق رقم (1) الأسئلة التي تم طرحها على المشاركات في الدراسة.

(2) مقياس اضطراب الشراهة (ملحق رقم 2):

بعد أن تمت مراجعة أدب البحث المتعلق بموضوع اضطرابات الأكل، تم الاستعانة بمقياسين الأول استبانة اضطرابات الأكل Eating disorder questionnaire (EDE-Q6.0) التي طورها فيربيرن (Fairburn, 2008) والثاني استبانة تقييم العجز الإكلينيكي Clinical impairment assessment questionnaire (CIA3.0) التي طورها فيربيرن (Fairburn, 2008).

تكون المقياس من (44) فقرة صممت لقياس الأبعاد التالية:

البعد الأول: الامتناع عن الأكل وهو محاولة تقليل كمية الطعام بهدف زيادة الإحساس بالسيطرة وتغيير الشكل والوزن، ويشمل الفقرات: (1، 2، 3، 4، 5).

البعد الثاني: الانشغال بالأكل وهو أفكار دخيلة تسيطر على الدماغ حول الأكل والوحدات الحرارية مما يؤثر على الأنشطة التي يقوم بها الفرد، ويشمل الفقرات: (7، 9، 19، 20، 21).

البعد الثالث: الانشغال بالشكل الخارجي وهو أفكار دخيلة تسيطر على الدماغ حول شكل الجسم مما يؤثر على الأنشطة التي يقوم بها الفرد وعلى تقييمه لذاته، ويشمل الفقرات: (6، 8، 10، 11، 23، 26، 27، 28).

البعد الرابع: الانشغال بالوزن وهو أفكار دخيلة تسيطر على الدماغ حول الوزن مما يؤثر على الأنشطة التي يقوم بها الفرد وعلى تقييمه لذاته، ويشمل الفقرات: (8، 12، 22، 24، 25).

البعد الخامس: نوبات الشراهة والمشاعر المرافقة للنوبات وفقاً لمعايير دليل التشخيص الإحصائي الرابع المعدل حيث يتم أكل كمية كبيرة من الطعام ويرافقها إحساس بعدم السيطرة، ويشمل الفقرات: (13، 14، 15، 19، 20، 21).

البعد السادس: السلوكات التعويضية المرافقة لمرض البوليميا والتي تهدف إلى التعويض عن نوبات الأكل الزائد الواقعية والمدركة، ويشمل الفقرات: (16، 17، 18).

البعد السابع: العجز الإكلينيكي المرافق لاضطرابات الأكل وهو العجز في مجالات الحياة التي تتأثر عادة باضطرابات الأكل ويهدف إلى قياس مدى خطورة العجز النفسي والاجتماعي، ويشمل الفقرات: (29، 30، 31، 32، 33، 34، 35، 36، 37، 38، 39، 40، 41، 42، 43، 44).

وللإجابة على فقرات المقياس يطلب من المشاركة أن تكون إجابتها محددة بالشهر الماضي فقط، أي آخر 28 يوم قبل الإجابة على المقياس. تتم الإجابة وفق تدريج رباعي هو: ابداً، قليلاً، أحياناً، دائماً.

ولأغراض تسهيل وتوضيح كيفية التفكير والإجابة على كل فقرة تم تقسيم التدريج الرباعي إلى تدريج سباعي حسب عدد أيام الشهر كما يلي:

أبداً: ولا يوم.

قليلاً: قسم إلى تدريجين: الأول (1–5) أيام والثاني (6–12) يوماً.

أحياناً: قسم إلى تدريجين: الأول: (13–15) يوماً. والثاني (16–22) يوماً.

دائماً: قسم إلى تدريجين: الأول (23–27) يوماً. والثاني (كل يوم).

يصحح المقياس بإعطاء الإجابات الأوزان 0، 1، 2، 3، 4، 5، 6 بالترتيب. وذلك بإعطاء ولا يوم الوزن (صفر) وكل يوم الوزن (6).

تتراوح الدرجة الكلية على المقياس من (صفر – 264) درجة، حيث تعبر الدرجة (صفر) عن عدم وجود اضطراب في الشراهة. أما الدرجة العليا (264) فتعبر عن اضطراب شراهة مرتفع.

صدق المقياس:

بعد اختيار فقرات المقياس وترجمتها إلى اللغة العربية والتحقق من سلامة اللغة وملاءمتها للبيئة العربية، تم التحقق من الصدق المنطقي للمقياس وذلك من خلال عرضه على (13) محكماً من المختصين في مجال الإرشاد والصحة النفسية من الجامعة الأردنية، وجامعة عمان العربية، والجامعة الهاشمية وبعض المتخصصين في القطاع الخاص (ملحق رقم 6). حيث أبدى هؤلاء المحكمون رأيهم في سلامة اللغة، ودقة التعبير عن محتوى الفقرة، ومدى مناسبتها للبعد الذي تقيسه. وقد تم اعتماد نسبة اتفاق بين المحكمين (80%) فأكثر لاعتماد الفقرة كما هي أو إلغائها. وقد أبدى المحكمون بعض الملاحظات التي تعلقت بصياغة بعض الفقرات. من الأمثلة على ذلك استبدال عبارة "أكلت بالسر" إلى "أكلت خفية عن الآخرين". وعبارة "ما مقدار قلقك من رؤية الناس لك وأنت تأكلين؟" إلى "ما مقدار شعورك بالحرج من رؤية الناس لك وأنت تأكلين؟" وعبارة "التدخل في الأعمال التي كنت تستمتعين بها". إلى "حرمانك من الاستمتاع بالأعمال التي كنت تستمتعين بها". حيث تم الأخذ بملاحظاتهم وعدلت الفقرات حسب اقتراحاتهم.

التجانس الداخلي كمؤشر على صدق البناء:

بالإضافة إلى الصدق المنطقي، تم استخراج صدق البناء. حيث تم تطبيق المقياس على عينة مكونة من (32) مشاركة من خارج عينة الدراسة. تم حساب معاملات الارتباط ما بين الدرجة على الفقرة والدرجة على البعد الذي تنتمي إليه، ثم مع الدرجة الكلية للمقياس. ويوضح الجدول (1) معاملات ارتباط كل فقرة مع البعد الذي تنتمي إليه ومع الدرجة الكلية على مقياس اضطراب الشراهة.

جدول 1. ارتباط الفقرة مع البعد الذي تنتمي إليه ومع الدرجة الكلية على مقياس اضطراب الشراهة

البعد	رقم الفقرة	ارتباط الفقرة مع البعد الذي تنتمي إليه	ارتباط الفقرة مع الدرجة الكلية للمقياس
البعد الأول: الامتناع عن الأكل	1	*0.81	*0.50
	2	*0.62	*0.31
	3	*0.85	*0.54
	4	*0.82	*0.33
	5	*0.62	*0.63
البعد الثاني: الانشغال بالأكل	7	*0.48	*0.53
	9	*0.67	*0.57
	19	*0.67	*0.53
	20	*0.71	*0.60
	21	*0.71	*0.62
البعد الثالث: الانشغال بالشكل الخارجي	6	*0.73	*0.55
	8	*0.50	*0.57
	10	*0.65	*0.47
	11	*0.72	*0.57
	23	*0.58	*0.69
	26	*0.67	*0.65
	27	*0.79	*0.64
	28	*0.82	*0.75
البعد الرابع: الانشغال بالوزن	8	*0.46	*0.57
	12	*0.75	*0.57
	22	*0.63	*0.72
	24	*0.89	*0.73
	25	*0.82	*0.67
البعد الخامس: نوبات الشراهة	13	*0.72	*0.47
	14	*0.73	*0.42
	15	*0.71	*0.38
	19	*0.78	*0.53
	20	*0.68	*0.60
	21	*0.78	*0.62
البعد السادس: السلوكات التعويضية	16	*0.46	*0.41
	17	*0.76	*0.31
	18	*0.83	*0.48
البعد السابع: العجز النفس والاجتماعي	29	*0.75	*0.62
	30	*0.81	*0.77
	31	*0.68	*0.61
	32	*0.86	*0.73
	33	*0.82	*0.71
	34	*0.75	*0.66
	35	*0.55	*0.53
	36	*0.76	*0.76
	37	*0.82	*0.74
	38	*0.79	*0.68
	39	*0.80	*0.79
	40	*0.83	*0.75
	41	*0.85	*0.74
	42	*0.73	*0.56
	43	*0.80	*0.70
	44	*0.94	*0.85

* دال عند مستوى ($\alpha \geq 0.05$).

يتبين من الجدول (1) أن معاملات ارتباط الفقرات مع البعد الذي تنتمي إليه على مقياس اضطراب الشراهة تتراوح ما بين (0.46 و0.94). وأن جميع القيم ذات دلالة إحصائية. مما يشير إلى أن جميع الفقرات تسهم في البعد الذي تنتمي إليه على المقياس بشكل فعال. كما يتبين من الجدول أيضاً أن معاملات ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية على المقياس تتراوح ما بين (0.31−0.85) وهي جميعها معاملات ذات دلالة إحصائية مما يشير إلى أن جميع الفقرات تسهم في الدرجة الكلية للمقياس بشكل فعال، مما يؤكد صدق المقياس.

ثبات المقياس:

من أجل التحقق من ثبات المقياس، تم حساب الاتساق الداخلي لفقرات المقياس وفقاً لمعادلة كرونباخ ألفا وذلك من خلال تطبيق المقياس على عينة مكونة من (32) مشاركة من خارج عينة الدراسة. وقد بلغ معامل الاتساق الداخلي للمقياس (0.95). يشير هذا المعامل إلى أن المقياس يتمتع بدلالة ثبات عالية يمكن الاعتماد عليها من أجل استخدامه في هذه الدراسة.

كما تم استخراج معامل الثبات للمقياس بطريقة الإعادة، حيث تم تطبيق المقياس على نفس العينة بعد فاصل زمني مدته (15) يوماً. حيث كان معامل الاستقرار (0.96) مما يؤكد محافظة المقياس على ثباته.

(3) مقياس مؤشر كتلة الجسم (BMI) :

يهدف هذا المقياس لقياس السمنة لدى السيدات المشاركات من خلال حساب مؤشر كتلة الجسم (BMI) والذي يتم حسابه بالمعادلة التالية:

مؤشر كتلة الجسم = وزن الجسم (بالكغم) ÷ الطول (بالمتر) ^{2}

وتم تصنيف الأفراد حسب مؤشر كتلة الجسم إلى الفئات التالية:

BMI اقل من (18.5) أقل من الوزن الطبيعي.

(18.5 − 24.9) وزن طبيعي.

(25 − 29.9) زيادة في الوزن.

(30 − 34.9) سمنة فئة رقم (1).

(35 − 39.9) سمنة فئة رقم (2).

أكثر من (40) سمنة مفرطة.

(4) مقياس الذكاء الانفعالي (ملحق رقم 3):

هدف هذا المقياس إلى قياس مستوى الذكاء الانفعالي لدى السيدات المشاركات. بعد الإطلاع على الأدب المتعلق بالموضوع والإطلاع على المقاييس المتوفرة في هذا المجال، قامت الباحثة بترجمة مقياس الذكاء الانفعالي الذي طورته وايلدنغ (Wilding, 2007). ثم قامت بالتحقق من ملاءمته للاستخدام على البيئة الأردنية.

تكون المقياس من (25) فقرة تم توزيعها في (5) أبعاد:

البعد الأول: الوعي بالذات: أن تعرف بماذا تشعر ولماذا، ويشمل الفقرات: (1، 2، 3، 4، 5).

البعد الثاني: إدارة الانفعالات: القدرة على السيطرة على الانفعالات حتى في المواقف الصعبة، ويشمل الفقرات: (6، 7، 8، 9، 10).

البعد الثالث: الدافعية الذاتية: القدرة على المثابرة في مواجهة إثباط الهمَة، ويشمل الفقرات: (11، 12، 13، 14، 15).

البعد الرابع: إدارة العلاقات الاجتماعية: القدرة على التفاهم مع الآخرين من خلال الاستماع لمشاعرهم وفهمها وتقديرها، ويشمل الفقرات: (16، 17، 18، 19، 20).

البعد الخامس: التعاطف مع الآخرين: القدرة على التعرف على مشاعر الآخرين وقراءتها، ويشمل الفقرات: (21، 22، 23، 24، 25).

تصحيح المقياس:

تجيب المشاركات على كل فقرة من فقرات المقياس وفق تدريج رباعي، هو: نعم غالباً، ونعم أحياناً، ونادرا، وأبداً. ويصحح المقياس بإعطاء الإجابات الأوزان التالية لكل بعد من الأبعاد الخمسة بالترتيب (4، 3، 2، 1). فإذا كانت النتيجة على أي بعد من الأبعاد الخمسة:

(17 أو أكثر): فإن الذكاء الانفعالي لدى المشاركة جيد جداً.

(13–16): فالذكاء الانفعالي لدى المشاركة جيد لكنها بحاجة إلى بذل بعض الجهد من اجل تحسين الذكاء الانفعالي لديها .

(9–12): فالذكاء الانفعالي لدى المشاركة متوسط لذا فهي بحاجة إلى بذل كثير من الجهد من اجل تحسين الذكاء الانفعالي لديها.

(8 أو أقل): فالذكاء الانفعالي لدى المشاركة ضعيف.

تتراوح الدرجة الكلية على المقياس ما بين (25–100) حيث تشير الدرجات المنخفضة إلى تدني الذكاء الانفعالي لدى المشاركة. بينما تشير الدرجات المرتفعة إلى تمتع المشاركة بذكاء انفعالي مرتفع.

صدق المقياس:

تم التحقق من الصدق المنطقي للمقياس من خلال عرضه على (13) محكماً من المختصين في مجال الإرشاد والصحة النفسية من الجامعة الأردنية، وجامعة عمان العربية، والجامعة الهاشمية، وبعض المتخصصين في القطاع الخاص (ملحق رقم 6). لقد أبدى هؤلاء المحكمون رأيهم في سلامة اللغة، ودقة التعبير عن محتوى الفقرة، ومدى مناسبتها للبعد الذي تقيسه. تم اعتماد نسبة اتفاق بين المحكمين (80%) فأكثر لاعتماد الفقرة كما هي أو إلغائها. وقد أبدى المحكمون بعض الملاحظات التي تعلقت بصياغة بعض الفقرات. من الأمثلة على ذلك استبدال عبارة "هل تستطيعين أن تسترخي وأنت تحت الضغط؟" إلى عبارة "هل يمكنك الاسترخاء وأنت تحت تأثير الضغط؟" وعبارة "هل تعرفين متى تصبحين دفاعية؟" إلى "هل أنت قادرة على تحديد الوقت الذي تصبحين فيه دفاعية؟" وعبارة "هل تستطيعين أن تدفعي نفسك للعمل عند اللزوم؟" إلى "هل تستطيعين إرغام نفسك على العمل عند اللزوم؟".

التجانس الداخلي كمؤشر على صدق البناء:

بالإضافة إلى الصدق المنطقي، تم استخراج صدق البناء من خلال تطبيق المقياس على عينة مكونة من (32) مشاركة من خارج عينة الدراسة. ثم حساب معاملات الارتباط ما بين الدرجة على الفقرة والدرجة على البعد الذي تنتمي إليه هذه الفقرة، ومع الدرجة الكلية للمقياس.

ويوضح الجدول (2) معاملات ارتباط كل فقرة مع البعد الذي تنتمي إليه ومع الدرجة الكلية على مقياس الذكاء الانفعالي.

جدول2. ارتباط الفقرة مع البعد الذي تنتمي إليه ومع الدرجة الكلية على مقياس الذكاء الانفعالي

البعد	رقم الفقرة	ارتباط الفقرة مع البعد الذي تنتمي إليه	ارتباط الفقرة مع الدرجة الكلية للمقياس
البعد الأول: الوعي بالذات	1	0.44*	0.50*
	2	0.68*	0.51*
	3	0.71*	0.66*
	4	0.61*	0.43*
	5	0.73*	0.52*
البعد الثاني: إدارة الانفعالات	6	0.59*	0.39*
	7	0.68*	0.55*
	8	058*	0.23*
	9	0.59*	0.56*
	10	0.71*	0.67*
البعد الثالث: الدافعية الذاتية	11	0.60*	0.63*
	12	0.51*	0.24*
	13	0.66*	0.50*
	14	0.80*	0.55*
	15	0.85*	0.63*
البعد الرابع : إدارة العلاقات الاجتماعية	16	0.69*	0.68*
	17	0.61*	0.56*
	18	0.79*	0.53*
	19	0.53*	0.44*
	20	0.59*	0.22*
البعد الخامس: التعاطف	21	0.57*	0.61*
	22	0.59*	0.24*
	23	0.86*	0.57*
	24	0.63*	0.30*
	25	0.58*	0.42*

* دال عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$).

يتبين من الجدول (2) أن معاملات ارتباط الفقرات مع البعد الذي تنتمي إليه على مقياس الذكاء الانفعالي تتراوح ما بين (0.44–0.86). وأن جميع القيم ذات دلالة إحصائية، مما يشير

إلى أن جميع الفقرات تسهم في درجة البعد الذي تنتمي إليه على المقياس بشكل فعال. كما يتبين من الجدول أن معاملات ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية تتراوح ما بين (0.22–0.68) وأن جميع قيم معاملات الارتباط ذات دلالة إحصائية مما يشير إلى أن جميع الفقرات تسهم في الدرجة الكلية للمقياس بشكل فعال، مما يؤكد صدق المقياس.

ثبات المقياس:

من أجل التحقق من ثبات المقياس، تم حساب معامل الاتساق الداخلي لفقرات المقياس وفقاً لمعادلة كرونباخ ألفا وذلك من خلال تطبيق المقياس على عينة مكونة من (32) مشاركة من خارج عينة الدراسة. وقد بلغ معامل الاتساق الداخلي للمقياس (0.86). مما يشير إلى أن المقياس يتمتع بدلالة ثبات عالية يمكن الاعتماد عليها من أجل استخدامه في هذه الدراسة.

كما تم استخراج معامل الثبات للمقياس بطريقة الإعادة، حيث تم تطبيق المقياس على نفس العينة بعد فاصل زمني مدته (15) يوماً. حيث كان معامل الاستقرار (0.84) مما يؤكد محافظة المقياس على ثباته.

(5) البرنامج الإرشادي (ملحق رقم 4):

بعد مراجعة شاملة للأدب النظري، تم بناء برنامج إرشادي يرتكز على الانفعالات ويهدف إلى علاج اضطراب الشراهة لدى المشاركات في البرنامج. يتكون البرنامج من (16) جلسة أسبوعية مدة الجلسة (ساعتان). يتم تدريب المشاركات أثناءها وتوعيتهن حول قضايا تتعلق بطريقة التفكير، والانفعال، وصورة الجسد، والحاجات غير المشبعة وعلاقة كل ذلك باضطراب الشراهة والسمنة. يلي ذلك تدريبهن على إدارة الذات وإدارة الانفعالات كاستراتيجيات للتعامل مع اضطراب الشراهة.

الأهداف العامة للبرنامج:

- خفض اضطراب الشراهة لدى المشاركات.
- تنمية الذكاء الانفعالي لدى المشاركات.

- التعرف على الحاجات العلاقاتية لدى المشاركات وتوعيتهن حولها ومساعدتهن على تلبيتها.

- خفض مؤشر كتلة الجسم لدى المشاركات.

الأهداف الخاصة للبرنامج:

- تنمية القدرة على استخدام استراتيجيات بديلة عن الأكل لتهدئة الذات.

- تنمية القدرة على اكتشاف التشويهات المعرفية واستبدالها بطريقة إيجابية في التفكير.

- تنمية القدرة على استخدام استراتيجيات التحكم باضطراب الشراهة.

- مساعدة المشاركة على تقبل ذاتها بشكل أفضل.

كما هدف البرنامج إلى تنمية بعدين من الأبعاد الفرعية للذكاء الانفعالي وهما:

تنمية القدرة على الوعي الذاتي بالانفعالات.

وتنمية القدرة على إدارة الانفعالات.

بعد تحديد الأهداف العامة والخاصة للبرنامج، تم تحديد المواضيع المتعلقة بكل جلسة، وعدد الجلسات، والمدة الزمنية لكل جلسة، وأساليب التدريب، والإجراءات، والأنشطة، والواجب البيتي. كذلك تم إعداد نشرات خاصة لكل جلسة وpower point تم عرضه على الحاسوب. وقد تم تحديد (16) جلسة للبرنامج، مدة كل جلسة ساعتان. وتم الاتفاق مع المشاركات على اللقاء مرتين أسبوعياً ولمدة (8) أسابيع. تم استخدام العديد من الأساليب داخل الجلسات، كما تم تدريب المشاركات عليها باستخدام الحوار، والمناقشة، وطرح الأسئلة، والمحاضرة، وتقديم الأمثلة، والنمذجة، ولعب الدور، ودراسة الحالة، والأنشطة المشتركة، والنشرات، وpower point والعمل في مجموعات صغيرة، والواجبات البيتية.

تكون البرنامج من الجلسات التالية:

الجلسة الأولى (التعارف والتعريف بالبرنامج ومناقشة التوقعات):

هدفت هذه الجلسة إلى التعارف بين المرشدة والمشاركات والتعريف بالبرنامج وأهدافه ومكوناته، وتوضيح القواعد التي يرتكز عليها عمل المجموعة، وشروط النجاح. ثم مناقشة المشاركات بتوقعاتهن، وتقديم لمحة عن اضطرابات الأكل وأنواعها ومعايير تشخيصها.

الجلسة الثانية (الوعي الذاتي والتفريق بين الانفعالات والتفكير):

هدفت هذه الجلسة إلى تحديد مفهوم الانفعالات ومساعدة المشاركات على التمييز بين الانفعالات والتفكير، وتحديد تأثير الانفعالات على الأفكار والسلوكات، وأخيراً هدفت الجلسة إلى توعية المشاركات حول المشاعر التي قد تجتاحهن وتؤدي بهن إلى الإفراط في سلوك الأكل كطريقة لتهدئة الذات.

الجلسة الثالثة (الوعي بالانفعالات وإدارتها):

هدفت هذه الجلسة إلى مساعدة المشاركات على تحديد الانفعالات التي يشعرن بها الإيجابية منها والمؤلمة، وتحديد درجة حاجتهن للسيطرة على انفعالاتهن وتم تحديد درجة قدرتهن على إدارة الانفعالات من خلال السلسلة الانفعالية لديهن.

الجلسة الرابعة (إدارة الذات):

هدفت هذه الجلسة إلى أن تتعرف المشاركات على أنواع ردود الفعل الانفعالية الأولية والثانوية، وتنظيم التعبير عن المشاعر، وتبيان كيف تقوم السيدة بتفادي الانفعالات وكبتها والهروب منها مما يؤدي بها إلى اضطراب الشراهة.

الجلسة الخامسة (إدارة الانفعالات واستراتيجيات التهدئة):

هدفت هذه الجلسة إلى تعليم المشاركات استراتيجيات التهدئة والسيطرة على الانفعالات ثم نمذجة كل استراتيجية والتدرب عليها كي تختار كل مشاركة الاستراتيجيات الأنسب لها.

الجلستان السادسة والسابعة (توضيح العلاقة بين التشويهات المعرفية واضطراب الشراهة):

هدفت الجلستان إلى مساعدة المشاركات على تحديد أفكارهن السلبية، والحديث الذاتي السلبي الذي يرددنه لأنفسهن، وتمييز الأفكار والقناعات الموجودة لديهن والمصاحبة للمشاعر المؤلمة، وتحديد حدة المشاعر المرافقة لهذه الأفكار. وأخيراً مساعدة كل مشاركة على التعرف على الذات الناقدة في داخلها، وذلك باستعمال نشاط لعبة حوار الكراسي.

الجلسة الثامنة (الوعي بالحاجات العلاقاتية وعلاقتها باضطراب الشراهة):

هدفت الجلسة إلى تعريف المشاركات وزيادة وعيهن بحاجاتهن العلاقاتية وحاجات بعضهن البعض ومحاولة المجموعة العمل على تلبية هذه الحاجات لدى كل مشاركة. كما هدفت إلى مساعدة كل مشاركة على ترتيب حاجاتها حسب أهمية كل حاجة ودرجة إشباعها. يلي ذلك مناقشة أسباب عدم تلبية هذه الحاجات في الطفولة. والربط بين عدم تلبية الحاجات وعدم القدرة على التعبير الانفعالي، وكيف أن ذلك يؤدي بالمشاركة إلى اللجوء للأكل نتيجة وجود هذه الحاجات غير الملباة وعدم القدرة على التعبير عنها.

الجلستان التاسعة والعاشرة (تبصر المشاركات بالعلاقة بين الانفعالات والأفكار والحاجات العلاقاتية غير المشبعة واضطراب الشراهة):

هدفت الجلستان إلى توعية المشاركات بالعلاقة بين الانفعالات والأفكار والحاجات العلاقاتية غير الملباة واضطراب الشراهة. والتأكد من فهم المشاركات لهذه العلاقة حتى يكون بمقدورهن لاحقاً التحكم بسلوك الأكل لديهن من خلال السيطرة والتحكم بانفعالاتهن أو أفكارهن أو حاجاتهن العلاقاتية أو بها جميعاً. ومواجهة الشخص الذي كان له الدور الأكبر في تطور اضطراب الأكل لدى المشاركات باستعمال تكنيك الكرسي الخالي.

الجلسة الحادية عشرة (التعرف على أسلوب الأكل):

هدفت الجلسة إلى تعريف المشاركات على اضطرابات الأكل والمنطق وراء سلوك الأكل. كما هدفت إلى تعليمهن التمييز بين الأكل بشكل طبيعي والأكل بشكل نهم أو غير طبيعي. وتدريبهن على السيطرة على سلوك الأكل لديهن بحيث يصبح اقرب إلى السلوك الطبيعي.

الجلسة الثانية عشرة (تدريب المشاركات على استراتيجيات التحكم بأعراض اضطراب الشراهة):

هدفت الجلسة إلى تعريف المشاركات على استراتيجيات ضبط أعراض اضطراب سلوك الأكل. فبعد شرح كل استراتيجية، ونمذجتها تم تدريب المشاركات على كل استراتيجية وأخيراً قامت كل مشاركة باختيار الاستراتيجية المناسبة لها والتدرب عليها كواجب بيتي.

الجلسة الثالثة عشرة (زيادة الوعي حول أسباب استمرار اضطراب الشراهة ومقاومته للتغيير):

هدفت هذه الجلسة إلى تعريف المشاركات بأسباب تمسكهن باضطرابات الأكل وخوفهن من تركها، وتم استعمال النشرات والحوار والمناقشة.

الجلسة الرابعة عشرة (تقبل صورة الجسد لمعالجة اضطراب الشراهة):

هدفت هذه الجلسة إلى تعريف المشاركات على معنى صورة الجسد كي تستكشف كل مشاركة مشاعرها وأفكارها نحو جسدها، وتحدد درجة تقبلها لجسدها. ومن ثم تعليم كل مشاركة كيف تصوغ أفكارها بعبارات محايدة وبأسلوب موضوعي دون إطلاق أحكام مما يزيد من درجة تقبلها لجسدها.

الجلسة الخامسة عشرة (تدريب المشاركات على استراتيجية العلاج بالتعريض لتغيير صورة الجسد):

هدفت هذه الجلسة إلى تعريف المشاركات بمبدأ العلاج بالتعريض حيث تم تدريبهن على هذا الأسلوب أمام المرآة، وذلك من أجل زيادة تقبل كل مشاركة لجسدها مما يقلل من لجوئها إلى نوبات الشراهة كوسيلة هروبية.

الجلسة السادسة عشرة (الإنهاء والقياس البعدي):

هدفت هذه الجلسة إلى تطبيق القياس البعدي لمقاييس اضطراب الشراهة، ومؤشر كتلة الجسم، والذكاء الانفعالي، والحاجات العلاقاتية. كما تمت مناقشة مفتوحة حول جدوى البرنامج، ومدى استفادة كل مشاركة، ومقدار التغير الذي حصل على سلوك الأكل لديها، وملاحظاتها واقتراحاتها حول محتوى البرنامج، وطريقة تنفيذه، وما تود ان يضاف له فيما لو طبق على

مجموعة أخرى. وأخيراً وفي نهاية الجلسة يتم شكر المشاركات على المشاركة والالتزام، وتوزع بعض الهدايا الرمزية تعبيراً عن الشكر والتقدير لتعاونهن.

إجراءات الدراسة:

تضمنت إجراءات الدراسة مجموعة من الخطوات والمراحل أهمها:

- زيارة العيادات النفسية المتخصصة ومراكز التغذية المعتمدة في عمان من أجل إيجاد سيدات يعانين من اضطراب الشراهة.
- توجيه الدعوة لهؤلاء السيدات للاشتراك بالبرنامج بعد شرح تفصيلي عن أهدافه ومكوناته والوقت المحدد المطلوب لإنهاء هذا البرنامج.
- إجراء مقابلات فردية مع السيدات اللواتي قبلن الاشتراك بالبرنامج حول اضطراب الأكل لديهن وتطبيق مقاييس الدراسة على كل واحدة منهن وشرح نتائج القياس للمشاركة.
- بعد توضيح أهمية البرنامج من أجل خفض اضطراب الشراهة وتحديد الوقت المناسب للتطبيق والذي كان في صيف عام 2011 ما بين (2011/6/1-2011/8/1). تم اختيار السيدات من بين اللواتي أعلن عن استعدادهن الالتزام بالبرنامج.
- تم قبول (24) سيدة ممن حصلن على اعلى الدرجات على مقياس اضطراب الشراهة،وتم توزيعهن عشوائياً الى مجموعتين: تجريبية مؤلفة من (12) سيدة، وأخرى ضابطة مؤلفة من (12) سيدة.
- تم الاتفاق مع افراد المجموعة الضابطة على الالتقاء بعد شهرين من الآن من أجل اجراء القياس البعدي.

- أما المجموعة التجريبية فقد تم الاتفاق معها على الالتقاء كل اثنين وأربعاء من كل أسبوع ولمدة (8) أسابيع متتالية من الساعة الحادية عشرة صباحاً وحتى الواحدة ظهراً.

- تم تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية .

- تم إعادة تطبيق المقاييس الأربعة على المجموعتين التجريبية والضابطة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج.

تصميم الدراسة:

استخدم المنهج التجريبي وكان التصميم كالتالي:

R:	**A**	**O1**	**X**	**O2**
	B	**O1**	**-**	**O2**

حيث أن:

R: التوزيع العشوائي لأفراد العينة.

A: المجموعة التجريبية.

B: المجموعة الضابطة.

X: البرنامج التدريبي.

O_1: القياس القبلي.

O_2: القياس البعدي.

تم استخدام تحليل التباين المشترك (ANCOVA) للإجابة على الأسئلة ومعرفة تأثير البرنامج على اضطراب الشراهة والذكاء الانفعالي ومؤشر كتلة الجسم.

متغيرات الدراسة:

المتغير المستقل: البرنامج الإرشادي المرتكز على الانفعالات.

المتغيرات التابعة: اضطراب الشراهة

- مؤشر كتلة الجسم.
- الذكاء الانفعالي.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى اكتشاف فاعلية برنامج مرتكز على الانفعالات في خفض اضطراب الشراهة، ومؤشر كتلة الجسم، وتحسن الذكاء الانفعالي لدى السيدات المصابات باضطراب الشراهة وذلك من خلال الإجابة على أسئلة الدراسة. وفيما يلي عرض لنتائج الدراسة:

النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الدرجة على مقياس اضطراب الشراهة بين المجموعة التجريبية (التي تعرضت للبرنامج الإرشادي) والمجموعة الضابطة (التي لم تتعرض للبرنامج) على القياس البعدي؟

أولاً: حسب الدرجة الكلية على مقياس اضطراب الشراهة

للإجابة على السؤال الأول، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية القبلية والبعدية لكلا المجموعتين التجريبية والضابطة. والجدول (3) يبين ذلك.

جدول 3. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجة الكلية على مقياس اضطراب الشراهة للمجموعتين التجريبية والضابطة على القياسين القبلي والبعدي

المجموعة	القياس القبلي		القياس البعدي	
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
التجريبية	3.02	0.93	1.26	0.36
الضابطة	2.73	0.84	3.02	0.82

يتبين من الجدول (3) وجود فرق ظاهري في مستوى اضطراب الشراهة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة يمكن أن يعزى للبرنامج. وللتحقق من أن هذا الفرق ذو دلالة

إحصائية، تم إجراء تحليل التباين المشترك (ANCOVA) والجدول (4) يوضح نتائج هذا التحليل.

جدول 4. تحليل التباين المشترك للفروق في مستوى اضطراب الشراهة بين المجموعتين التجريبية والضابطة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة	حجم الأثر
القياس القبلي	6.64	1	6.64	61.09	0.000	
المجموعة	22.01	1	22.01	202.32	0.000*	.91
الخطأ	2.28	21	0.10			
الكلي	27.62	23				

أشارت نتائج تحليل التباين المشترك في الجدول (4) إلى وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مستوى اضطراب الشراهة يعزى للبرنامج الإرشادي. فقد بلغت قيمة الإحصائي (ف) (202.32) وهي قيمة ذات دلالة إحصائية. وقد بلغ حجم الأثر (.91) وهي قيمة مرتفعة.

لقد أظهرت المتوسطات الحسابية البعدية المعدلة، لأداء عينة الدراسة على مقياس اضطراب الشراهة أن الفرق كان لصالح المجموعة التجريبية كما في الجدول (5).

جدول 5. المتوسطات الحسابية البعدية المعدلة للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب الشراهة

المجموعة	المتوسط المعدل	الخطأ المعياري
التجريبية	1.16	0.09
الضابطة	3.11	0.09

يتبين من الجدول (5) أن المتوسط البعدي المعدل للمجموعة التجريبية قد بلغ (1.16) في حين بلغ للمجموعة الضابطة (3.11). أي أن البرنامج التدريبي استطاع تخفيض مستوى اضطراب الشراهة لدى أفراد المجموعة التجريبية بمقدار (1.95) درجة.

ثانياً: بحسب الدرجات على أبعاد مقياس اضطراب الشراهة

ولمعرفة ما إذا كانت الفروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في اضطراب الشراهة دالة على أبعاد مقياس الشراهة، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية القبلية والبعدية لكلا المجموعتين التجريبية والضابطة لأبعاد مقياس اضطراب الشراهة. والجدول (6) يبين ذلك.

جدول 6. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجات على أبعاد مقياس اضطراب الشراهة للمجموعتين التجريبية والضابطة على القياسين القبلي والبعدي

البعد	المجموعة	القياس القبلي		القياس البعدي	
		متوسط حسابي	انحراف معياري	متوسط حسابي	انحراف معياري
الامتناع عن الأكل	التجريبية	2.67	1.25	1.43	1.14
	الضابطة	3.35	1.25	3.55	1.24
الانشغال بالأكل	التجريبية	2.7	1.14	0.90	0.23
	الضابطة	2.12	1.33	2.6	1.39
الانشغال بالشكل الخارجي	التجريبية	3.98	1.55	2.08	1.02
	الضابطة	4.11	0.698	4.29	0.71
الانشغال بالوزن	التجريبية	3.73	1.37	1.93	0.53
	الضابطة	3.80	0.930	4.02	0.86
نوبات الشراهة	التجريبية	2.83	1.03	1.14	0.67
	الضابطة	2.38	1.27	2.74	1.20
السلوكات التعويضية	التجريبية	0.67	0.80	0.11	0.25
	الضابطة	1.36	1.22	1.39	1.23
العجز النفسي والاجتماعي	التجريبية	2.84	1.03	0.83	0.55
	الضابطة	1.93	1.16	2.28	1.12

يتبين من الجدول (6) وجود فروق ظاهرية في الدرجة على أبعاد مقياس اضطراب الشراهة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة. حيث نجد أن المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية قد انخفض على جميع أبعاد مقياس اضطراب الشراهة بعد تلقيها البرنامج الإرشادي مقارنة مع المتوسطات الحسابية للمجموعة الضابطة التي لم تتلق أية معالجة. وللتحقق

من أن هذه الفروق ذات دلالة إحصائية، تم إجراء تحليل التباين المشترك المتعدد (MANCOVA) والجدول (7) يبين ذلك.

جدول 7. تحليل التباين المشترك المتعدد لإيجاد الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس اضطراب الشراهة

الأثر	قيمة ويلكس لامبدا	قيمة ف	مستوى الدلالة	حجم الأثر
البعد الأول	0.03	31.52	0.000	
البعد الثاني	0.03	39.78	0.000	
البعد الثالث	0.09	12.35	0.001	
البعد الرابع	0.02	42.40	0.000	
البعد الخامس	0.02	56.43	0.000	
البعد السادس	0.05	20.56	0.000	
البعد السابع	0.005	238.81	0.000	
المجموعة	0.006	204.09	*0.000	.99

يتبين من الجدول (7) وجود أثر ذي دلالة إحصائية للبرنامج على أبعاد مقياس اضطراب الشراهة حيث بلغت قيمة الإحصائي (ف) (204.09) وهي قيمة ذات دلالة إحصائية. وقد بلغ حجم الأثر (99.) وهي قيمة مرتفعة. ولمعرفة على أي بعد من أبعاد المقياس كان الأثر دالاً، تم اجراء تحليل التباين المشترك (ANCOVA) لكل بعد من أبعاد المقياس على حدة كما في الجدول (8).

جدول 8. تحليل التباين المشترك لإيجاد الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس اضطراب الشراهة

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة	حجم الأثر
الامتناع عن الأكل	المجموعة	7.37	1	7.37	28.68	*0.000	.65
	الخطأ	3.85	15	0.25			
	الكلي	58.15	23				
الانشغال بالأكل	المجموعة	7.23	1	7.23	14.89	*0.002	.50
	الخطأ	7.28	15	0.48			
	الكلي	39.22	23				
الانشغال بالشكل الخارجي	المجموعة	4.32	1	4.32	18.35	*0.001	.55
	الخطأ	3.53	15	0.23			
	الكلي	46.34	23				
الانشغال بالوزن	المجموعة	7.48	1	7.48	57.48	*0.000	.79
	الخطأ	1.95	15	0.13			
	الكلي	37.38	23				
نوبات الشراهة	المجموعة	10.24	1	10.24	35.28	*0.000	.70
	الخطأ	4.35	15	0.29			
	الكلي	36.26	23				
السلوكات التعويضية	المجموعة	0.094	1	0.094	0.62	0.44	.04
	الخطأ	2.26	15	0.15			
	الكلي	27.16	23				
العجز النفسي والاجتماعي	المجموعة	7.96	1	7.96	115.66	*0.000	.88
	الخطأ	1.03	15	0.06			
	الكلي	29.75	23				

أشارت نتائج تحليل التباين المشترك في الجدول (8) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على كل بعد من أبعاد مقياس اضطراب الشراهة ما عدا البعد السادس وهو بعد استخدام السلوكات التعويضية. حيث كانت قيم الإحصائي (ف) لأبعاد المقياس التالية: الامتناع عن الأكل، والانشغال بالأكل، والانشغال بالشكل الخارجي، والانشغال بالوزن، ونوبات الشراهة، والعجز النفسي والاجتماعي بالترتيب التالي: (28.68، 14.89، 18.35، 57.48، 35.82، 115.66) وهي جميعها قيم دالة إحصائياً. وقد بلغ حجم الأثر لهذه الأبعاد بالترتيب: (65.، 50.، 55.، 79.، 70.، 04.، 88.) وجميعها قيم مرتفعة ما عدا قيمة السلوكات التعويضية.

لقد أظهرت المتوسطات الحسابية البعدية المعدلة لأداء عينة الدراسة على مقياس اضطراب الشراهة أن الفروق كانت لصالح المجموعة التجريبية كما في الجدول (9)

جدول 9. المتوسطات الحسابية البعدية المعدلة للمجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس اضطراب الشراهة

البعد	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة	
	المتوسط الحسابي	الخطأ المعياري	المتوسط الحسابي	الخطأ المعياري
الامتناع عن الأكل	1.54	0.20	3.44	0.20
الانشغال بالأكل	0.81	0.28	2.68	0.28
الانشغال بالشكل الخارجي	2.46	0.19	3.91	0.19
الانشغال بالوزن	2.02	0.14	3.93	0.14
نوبات الشراهة	0.82	0.21	3.05	0.21
السلوكات التعويضية	0.64	0.15	0.85	0.15
العجز النفسي والاجتماعي	0.57	0.10	2.54	0.10

يتبين من الجدول (9) وجود أثر للبرنامج الإرشادي على كل بعد من أبعاد مقياس اضطراب الشراهة. فقد بلغ مثلاً المتوسط الحسابي البعدي المعدل لبعد نوبات الشراهة لدى أفراد المجموعة التجريبية (0.82) في حين بلغ لدى أفراد المجموعة الضابطة (3.05). وبلغ المتوسط الحسابي البعدي المعدل لبعد الانشغال بالأكل لدى أفراد المجموعة التجريبية (0.81) في حين بلغ لدى أفراد المجموعة الضابطة (2.68) مما يدل على أن اضطراب الشراهة قد انخفض لدى أفراد المجموعة التجريبية على مختلف أبعاد المقياس ما عدا بعد السلوكات التعويضية.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسط مؤشر كتلة الجسم بين المجموعة التجريبية (التي خضعت للبرنامج الإرشادي) والمجموعة الضابطة (التي لم تتعرض للبرنامج) على القياس البعدي؟

للإجابة على هذا السؤال، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية القبلية والبعدية لكلا المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس مؤشر كتلة الجسم. والجدول (10) يوضح ذلك.

جدول 10. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمؤشر كتلة الجسم للمجموعتين التجريبية والضابطة على القياسين القبلي والبعدي

المجموعة	القياس القبلي		القياس البعدي	
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
التجريبية	34.89	3.04	33.87	2.95
الضابطة	29.64	2.86	29.55	2.88

يتبين من الجدول (10) أن هناك فرقاً ظاهرياً في مؤشر كتلة الجسم بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة يمكن أن يعزى للبرنامج حيث نلاحظ من الجدول أن متوسط أفراد المجموعة التجريبية على القياس القبلي لمؤشر كتلة الجسم هو (34.89). وأن متوسط أفراد المجموعة الضابطة على القياس القبلي لمؤشر كتلة الجسم هو (29.64). كما نلاحظ أن متوسط أفراد المجموعة التجريبية قد انخفض على القياس البعدي إلى (33.87). في حين أصبح متوسط أفراد المجموعة الضابطة على القياس البعدي (29.55). وللتحقق من أن الفروق بين المجموعتين على القياس البعدي ذات دلالة إحصائية، تم إجراء تحليل التباين المشترك (ANCOVA) والجدول (11) يوضح النتائج.

جدول 11. تحليل التباين المشترك للفروق في متوسط مؤشر كتلة الجسم بين المجموعتين التجريبية والضابطة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة	حجم الأثر
القياس القبلي	181.71	1	181.71	702.16	0.000	
المجموعة	2.05	1	2.05	7.92	*0.010	.27
الخطأ	5.44	21	0.259			
الكلي	299.15	23				

أشارت نتائج تحليل التباين المشترك في الجدول (11) إلى وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \geq 0.05$) بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى مؤشر كتلة الجسم يمكن أن يعزى للبرنامج الارشادي. فقد بلغت قيمة الإحصائي (ف) (7.92) وهي قيمة ذات دلالة إحصائية، كما بلغ حجم الأثر (.27) وهي قيمة منخفضة.

وقد أظهرت المتوسطات الحسابية البعدية المعدلة لأداء عينة الدراسة على مقياس مؤشر كتلة الجسم للمجموعتين التجريبية والضابطة، أن النتائج كانت لصالح المجموعة التجريبية كما في الجدول (12).

جدول 12. المتوسطات الحسابية البعدية المعدلة للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس مؤشر كتلة الجسم

المجموعة	المتوسط المعدل	الخطأ المعياري
التجريبية	31.30	0.17
الضابطة	32.10	0.17

يتضح من الجدول (12) أن المتوسط البعدي المعدل للمجموعة التجريبية قد بلغ (31.30) في حين أن المتوسط البعدي المعدل للمجموعة الضابطة قد بلغ (32.10). أي أن البرنامج التدريبي استطاع تخفيض مستوى مؤشر كتلة الجسم لدى أفراد المجموعة التجريبية بمقدار (1) كغم/م^2. وبصيغة أخرى، لقد انخفض مستوى السمنة لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تعرضهم للبرنامج التدريبي.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:

هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) في الدرجة على مقياس الذكاء الانفعالي بين المجموعة التجريبية (التي تعرضت للبرنامج الإرشادي) والمجموعة الضابطة (التي لم تتعرض للبرنامج) على القياس البعدي؟

أولاً: بحسب الدرجة الكلية على مقياس الذكاء الانفعالي

للإجابة على السؤال الثالث تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجات على مقياس الذكاء الانفعالي القبلية والبعدية للمجموعتين التجريبية والضابطة والجدول (13) يبين ذلك.

جدول (13). المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجات على مقياس الذكاء الانفعالي للمجموعتين التجريبية والضابطة على القياسين القبلي والبعدي

المجموعة	القياس القبلي		القياس البعدي	
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
التجريبية	3.15	0.22	3.54	0.23
الضابطة	3.28	0.20	3.10	0.23

يتبين من الجدول (13) وجود فرق ظاهري في مستوى الذكاء الانفعالي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة يمكن أن يعزى للبرنامج. فقد بلغ المتوسط الحسابي لدرجات المجموعة التجريبية على القياس القبلي (3.15). في حين بلغ متوسط المجموعة الضابطة (3.28). وقد ارتفع متوسط المجموعة التجريبية على القياس البعدي إلى (3.54). بينما انخفض متوسط المجموعة الضابطة على القياس البعدي إلى (3.10). مما يدل على أن مستوى الذكاء الانفعالي قد ارتفع لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تعرضهم للبرنامج التدريبي. وللتحقق من أن هذه الفروق ذات دلالة إحصائية، تم اجراء تحليل التباين المشترك (ANCOVA) والجدول (14) يوضح ذلك.

جدول 14. تحليل التباين المشترك للفروق في مستوى الذكاء الانفعالي بين المجموعتين التجريبية والضابطة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة	حجم الدلالة
القياس القبلي	0.88	1	0.88	52.55	0.000	
المجموعة	1.71	1	1.71	101.63	*0.000	.83
الخطأ	0.354	21	0.017			
الكلي	2.4	23				

أشارت نتائج تحليل التباين المشترك في الجدول (14) إلى وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \geq 0.05$) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مستوى الذكاء الانفعالي يمكن أن يعزى للبرنامج. فقد بلغت قيمة الإحصائي (ف) (101.63) وهي قيمة ذات دلالة إحصائية، وقد بلغ حجم الأثر (83.) وهي قيمة مرتفعة.

كما أظهرت المتوسطات الحسابية البعدية المعدلة لدرجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الذكاء الانفعالي أن الفرق كان لصالح المجموعة التجريبية والجدول (15) يظهر ذلك.

جدول 15. المتوسطات الحسابية البعدية المعدلة للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الذكاء الانفعالي

المجموعة	المتوسط المعدل	الخطأ المعياري
التجريبية	3.6	0.03
الضابطة	3.04	0.03

يتبين من الجدول (15) أن المتوسط البعدي المعدل للمجموعة التجريبية قد بلغ (3.6) في حين بلغ للمجموعة الضابطة (3.04) مما يدل على زيادة الذكاء الانفعالي لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تعرضهم للبرنامج.

ثانياً: بحسب الدرجات على أبعاد مقياس الذكاء الانفعالي

لمعرفة ما إذا كانت الفروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في الذكاء الانفعالي دالة على أبعاد مقياس الذكاء الانفعالي، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجات القبلية والبعدية لكلا المجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس الذكاء الانفعالي. والجدول (16) يوضح ذلك.

جدول 16. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجات على أبعاد مقياس الذكاء الانفعالي للمجموعتين التجريبية والضابطة على القياسين القبلي والبعدي

البعد	المجموعة	القياس القبلي		القياس البعدي	
		متوسط حسابي	انحراف معياري	متوسط حسابي	انحراف معياري
الوعي بالذات	تجريبية	3.07	0.52	3.50	0.43
	ضابطة	3.55	0.34	3.48	0.36
إدارة الانفعالات	تجريبية	2.80	0.22	3.30	0.20
	ضابطة	2.77	0.31	2.57	0.38
الدافعية الذاتية	تجريبية	3.23	0.30	3.57	0.30
	ضابطة	3.23	0.41	3.07	0.42
إدارة العلاقات الاجتماعية	تجريبية	3.33	0.49	3.73	0.23
	ضابطة	3.48	0.21	3.73	0.23
التعاطف	تجريبية	3.37	0.37	3.60	0.29
	ضابطة	3.38	0.37	3.60	0.40

يتضح من الجدول (16) وجود فروق ظاهرية في متوسط الدرجات على أبعاد مقياس الذكاء الانفعالي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على القياس البعدي، حيث نجد أن المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية قد ارتفع على جميع أبعاد مقياس الذكاء الانفعالي، مما

يدل على زيادة الذكاء الانفعالي لدى السيدات اللواتي خضعن للبرنامج الإرشادي. وللتحقق من أن هذه الفروق ذات دلالة إحصائية تم استخدام تحليل التباين المشترك المتعدد (MANCOVA) والجدول (17) يوضح نتائج التحليل.

جدول 17. تحليل التباين المشترك المتعدد للفروق في الدرجات بين المجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس الذكاء الانفعالي

الأثر	قيمة ويلكس لامبدا	قيمة ف	مستوى الدلالة	حجم الأثر
البعد الأول	0.16	13.63	0.000	
البعد الثاني	0.31	5.55	0.006	
البعد الثالث	0.08	26.91	0.000	
البعد الرابع	0.23	8.34	0.001	
البعد الخامس	0.20	10.03	0.000	
المجموعة	0.118	19.46	*0.000	.88

يتبين من الجدول (17) وجود أثر ذي دلالة إحصائية للبرنامج على أبعاد مقياس الذكاء الانفعالي. حيث بلغت قيمة الإحصائي ف (19.46) وهي قيمة ذات دلالة إحصائية، وقد بلغ حجم الأثر (88.) وهي قيمة مرتفعة. ولمعرفة على أي بعد من أبعاد المقياس كان الأثر دالاً، تم إجراء تحليل التباين المشترك (ANCOVA) لكل بعد من أبعاد المقياس كما في الجدول (18).

جدول 18. تحليل التباين المشترك لإيجاد الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس الذكاء الانفعالي

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة	حجم الأثر
الوعي بالذات	المجموعة	0.73	1	0.73	23.36	*0.000	.57
	الخطأ	0.53	17	0.032			
	الكلي	3.51	23				
إدارة الانفعالات	المجموعة	3.07	1	3.07	67.48	*0.000	.79
	الخطأ	0.77	17	0.04			
	الكلي	5.25	23				
الدافعية الذاتية	المجموعة	1.9	1	1.39	65.28	*0.000	.79
	الخطأ	0.36	17	0.02			
	الكلي	4.47	23				
إدارة العلاقات الاجتماعية	المجموعة	1.31	1	1.31	65.26	*0.000	.79
	الخطأ	0.34	17	0.02			
	الكلي	2.48	23				
التعاطف	المجموعة	1.35	1	1.35	26.83	*0.000	.61
	الخطأ	0.85	17	0.05			
	الكلي	4.15	23				

أشارت نتائج تحليل التباين المشترك في الجدول (18) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \geq 0.05$) بين المجموعتين التجريبية والضابطة على جميع أبعاد مقياس الذكاء الانفعالي يمكن أن تعزى للبرنامج. حيث كانت قيم الإحصائي (ف) لأبعاد المقياس التالية: الوعي بالذات، وإدارة الانفعالات، والدافعية الذاتية، وإدارة العلاقات الاجتماعية، والتعاطف بالترتيب التالي: (23.36، 67.48، 65.28، 65.26، 26.83). وقد بلغ حجم الأثر لهذه الأبعاد بالترتيب: (.57، .79، .79، .79، .61) وجميعها قيم مرتفعة.

كما أظهرت المتوسطات الحسابية البعدية المعدلة لأداء عينة الدراسة على مقياس الذكاء الانفعالي أن الفروق كانت لصالح المجموعة التجريبية كما في الجدول (19).

جدول 19. المتوسطات الحسابية البعدية المعدلة للمجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس الذكاء الانفعالي

البعد	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة	
	المتوسط الحسابي	الخطأ المعياري	المتوسط الحسابي	الخطأ المعياري
الوعي الذاتي	3.70	0.05	3.27	0.05
إدارة الانفعالات	3.37	0.06	2.49	0.06
الدافعية الذاتية	3.61	0.04	3.02	0.04
إدارة العلاقات الاجتماعية	3.78	0.04	3.21	0.04
التعاطف	3.65	0.07	3.06	0.07

يتبين من الجدول (19) وجود أثر للبرنامج الإرشادي على كل بعد من أبعاد مقياس الذكاء الانفعالي. حيث نجد أن المتوسطات البعدية المعدلة للمجموعة التجريبية أعلى منها للمجموعة الضابطة. بمعنى تحسن الذكاء الانفعالي بكافة أبعاده لدى العينة التجريبية. فقد بلغ مثلاً المتوسط الحسابي البعدي المعدل لبعد إدارة الانفعالات لدى أفراد المجموعة التجريبية (3.37)، في حين بلغ المتوسط الحسابي المعدل لأفراد المجموعة الضابطة (2.49). كما بلغ المتوسط الحسابي المعدل لبعد التعاطف لدى أفراد المجموعة التجريبية (3.65) في حين بلغ لأفراد المجموعة الضابطة (3.06).

الفصل الخامس

مناقشة النتائج

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة فاعلية برنامج مرتكز على الانفعالات في خفض اضطراب الشراهة، ومؤشر كتلة الجسم، وتحسن الذكاء الانفعالي لدى عينة من النساء في الأردن.

حاولت الدراسة الإجابة على السؤال الأول والمتعلق بأثر البرنامج الإرشادي المرتكز على الانفعالات في معالجة اضطراب الشراهة لدى النساء اللواتي يعانين من هذا الاضطراب:

أشارت نتائج تحليل التباين المشترك إلى وجود فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \geq 0.05$) بين المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية على الدرجة الكلية لمقياس اضطراب الشراهة. أي أن المجموعة التجريبية قد انخفض لديها مستوى اضطراب الشراهة نتيجة خضوعها للبرنامج الإرشادي.

ويمكن أن يعزى هذا التحسن في مستوى اضطراب الشراهة لدى المجموعة التجريبية إلى تولد الرغبة الحقيقية لدى المشاركات في تعلم السيطرة على اضطراب الشراهة لإدراكهن أنه السبب الرئيسي الذي يحرمهن من الاستمتاع بالحياة ومن حبهن للذات. فقد قضت المشاركة منهن سنوات طويلة وهي تؤجل الاستمتاع بالحياة حتى تتخلص من هذا الاضطراب.

إن تركيز البرنامج على تطوير الذكاء الانفعالي لدى المشاركات، أدى إلى إدراك وفهم ووعي أفضل للانفعالات وخاصة الانفعالات المؤلمة التي تؤدي بهن إلى الشراهة، مما زاد ثقتهن بأنفسهن وبقدرتهن على التغلب على اضطراب الشراهة.

كما أن تنوع الاستراتيجيات المستخدمة لتعليم المشاركات كيفية التعامل مع المشاعر المؤلمة التي تدفعهن إلى الأكل، علمهن كيفية تأجيل إشباع الرغبة في الأكل، وساعدهن على فهم مشاعرهن وادارتها بطريقة فعالة وأن لا يتهربن منها إلى نوبات الشراهة.

كما أن العمل ضمن مجموعات ثنائية قد وفر للمشاركات الدعم المطلوب والبيئة الآمنة لتجريب الاستراتيجيات التي تم تعلمها.

إن الوعي بالتشويهات المعرفية التي تقوم بها المشاركة، أعطى المشاركات القدرة على فهم أنفسهن بشكل أفضل، وفهم افكارهن التي لم يكن على وعي بها. وفهمن كيف تؤدي بهن هــذه الأفكار إلى الشراهة، ومن ضمنها النظر إلى المشاعر المؤلمة بطريقة أخــرى تمكــنهن مــن التعامل معها بفعالية ضمن بيئة آمنة وداعمة.

كما كان للتبصر بالحاجات العلاقاتية دوراً فاعلاً في تخفيض اضطراب الــشراهة، حيــث اكتشفت كل مشاركة حاجاتها الأكثر أهمية في علاقتها مع الآخرين، وتعلمت كيف تطلب تلبيــة هذه الحاجات، فقد كانت في السابق عندما لا تتم تلبية الحاجة تلجأ للشراهة، و قد لبت المجموعة للمشاركة حاجتها إلى الدعم بالإضافة إلى توعيتها حول حاجاتها الأخرى.

اضف إلى ذلك، توفير المناخ الآمن والداعم والذي كان له دوراً كبيراً في خفض اضطراب الشراهة، حيث اتسم الجو العام بالدفء وباحترام مشاعر ومعتقدات وحاجات كل مشاركة، ممــا ساعد على زيادة دافعية المشاركات للعمل، وبذل الجهد للتخلص من هذا الاضطراب. وقد كــان الحماس يزداد لدى المشاركات مع تقدم جلسات البرنامج مما يعني أمل أكبر في النجاح.

كما حاولت المرشدة توفير جميع شروط نجاح الإرشاد الجمعي مثل التقبل الإيجــابي غيــر المشروط، والاحترام، والأصالة. كل هذا اسهم في إشعار المشاركة بأهميتها وقيمتهــا، وأنهــا إنسان يستحق الاحترام، مما شجعها على إعادة النظر في تقييمها لنفسها، وأن ينمو لديها تقــدير ذات إيجابي.

لقد جاءت نتائج هذه الدراسة متفقة مع نتائج العديد من الدراسات التي تؤكد على ضــرورة تعليم السيدات المصابات باضطراب الشراهة الوعي بالانفعــالات والتعبيــر عنهــا. كدراســة هاريسون ورفاقها Harrison, et al. (2009) التي أكدت على أن النساء المــصابات باضــطراب الأكل يعانين من صعوبات كثيرة في التعرف على المشاعر والسيطرة عليها.

ودراسة لوسون ورفاقه Lawson, et al. (2008) والتي أظهرت أن مرضـــى اضــطرابات الأكل لديهم صعوبات في التعرف على المشاعر، والتعبير عنها، وأن العجز في التعبيــر عــن الانفعالات يؤدي إلى اضطرابات الأكل.

ودراسة زاجا ورفاقها Czaja, et al. (2009) التي أشارت إلى أن الأطفال الذين يعانون مــن اضطرابات الأكل، يعتمدون استراتيجيات غير صحية للسيطرة على انفعالاتهم المؤلمة.

ودراسة ايونو وفوكس Ioannou & Fox (2009) التي أظهرت وجود ارتباط سلبي بين التعبير الانفعالي واضطرابات الأكل وخاصة النزعة نحو النحافة وعدم تقبل الجسد، مما يؤكد على ضرورة القيام بإعادة البناء الانفعالي لدى المشاركات المصابات باضطراب الشراهة.

النتائج المتعلقة بالدرجات على أبعاد مقياس اضطراب الشراهة:

البعد الأول: الامتناع عن الأكل:

أشارت نتائج تحليل التباين المشترك المتعدد إلى وجود فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على البعد الأول على مقياس اضطراب الشراهة وهو الامتناع عن الأكل لصالح المجموعة التجريبية. أي أن سلوك الامتناع عن الأكل قد انخفض لدى أفراد المجموعة التجريبية وأصبح أكثر واقعية.

لقد ركز البرنامج على أهمية التخطيط المسبق للوجبات وتحديدها، وشراء حاجياتها. ففي الجلسة الحادية عشرة تم التعرف على المنطق وراء سلوك الأكل، وكيف أنه إذا قام الشخص بحرمان نفسه من الطعام لمدة طويلة، فإن جسمه سيتباطىء في حرق السعرات لأنه يخشى من التجويع، لقد تعلمت أجسامنا ذلك عبر تاريخ الإنسانية، لهذا يتباطئ الحرق كلما حرمنا أنفسنا من الأكل مدة أطول. وبمعرفة المشاركات هذه المعلومة، حرصن على أن يتعلمن كيفية اختيار كمية ونوعية الطعام الملائمة لنمط أكل صحي وسليم.

كما ساعد إحضار خبيرة تغذية مرخصة قامت بإعطاء المشاركات بعض النصائح والإرشادات لاتباعها من أجل القيام بالتحديد الصحيح لكمية ونوعية الطعام الذي يمكنهن تناوله، حيث امضت الخبيرة مع المشاركات مدة (30) دقيقة قامت خلالها بتلخيص الإجراءات الصحية الواجب على السيدات المصابات باضطراب الشراهة اتباعها من أجل تحسين سلوك الأكل لديهن والتقليل من نوبات الشراهة.

لقد اتفقت نتائج الدراسة المتعلقة بهذا البعد مع نتائج الدراسة التي قام بها وايت ورفاقه White, et al. (2009) التي أكدت على أن الحميات القاسية والسريعة هي من أهم الأسباب التي تؤدي لاضطراب الشراهة. وأن الطريقة الوحيدة للتخلص من هذا الاضطراب هو تغيير أسلوب الحياة واتباع أسلوب حياة صحي ومناسب.

البعد الثاني: الانشغال بالأكل.

أشارت نتائج تحليل التباين المشترك المتعدد إلى وجود فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على البعد الثاني على مقياس اضطراب الشراهة وهو الانشغال بالأكل لصالح المجموعة التجريبية. أي أن انشغال المشاركات بالأكل قد انخفض لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة.

لقد كان التفكير بالأكل وحساب الوحدات الحرارية التي يتم استهلاكها يومياً، يشغل حيزاً كبيراً من تفكير السيدات المصابات باضطراب الشراهة لدرجة إنهن كن يقضين ساعات طويلة من اليوم وهن يفكرن ماذا سيأكلن، وكيف سيأكلن دون أن يراهن أحد، أو دون أن يتعرضن للإنتقاد، بالإضافة إلى القيام بحساب كمية الوحدات الحرارية كلما أردن أكل بعض الطعام، مع الشعور بالقلق الشديد حول ذلك.

لقد تم تعريفهن من خلال البرنامج على أنواع الجوع المختلفة مثل جوع المتعة، والجوع الاجتماعي، وجوع الفم وغيرها. كما تعرفن على أنواع الشراهة: الموضوعية والذاتية، مما زاد من وعيهن بحالتهن. كل ذلك أدى إلى التخفيف من انشغالهن بالأكل، وبدأن بتنظيم أنفسهن ووقتهن بصورة أفضل خاصة بعد أن تعلمن التخطيط الصحيح للأكل لاتباع أسلوب حياة صحي.

لقد جاءت هذه النتيجة متفقة مع نتائج دراسة دول ورفاقها Doll, et al. (2005) التي هدفت إلى تقييم نوعية الحياة لدى المصابين باضطرابات الأكل. ووجدت أن الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الأكل وخاصة اضطراب الشراهة، لديهم عجز في الصحة الانفعالية أكثر من الصحة الجسمية، وبسبب انشغالهم المستمر بالأكل تنخفض نوعية الحياة لديهم.

البعد الثالث: الانشغال بالشكل الخارجي:

أشارت نتائج تحليل التباين المشترك المتعدد إلى وجود فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين المجموعتين التجريبية والضابطة على البعد الثالث على مقياس اضطراب الشراهة وهو الانشغال بالشكل الخارجي لصالح المجموعة التجريبية. أي أن الانشغال بالشكل الخارجي قد انخفض لدى المشاركات بالبرنامج مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة.

لقد تم التركيز في البرنامج على صورة الجسد بالذات لدى المشاركات، وذلك لأن الدراسات السابقة قد أشارت إلى ضرورة تقبل السيدات اللواتي يعانين من الشراهة لاجسادهن

من أجل أن ينجح العلاج. فالبرنامج لم يطلب من المشاركات أن تحب كل واحدة منهن جسدها لأن ذلك مطلب من الصعب جداً على السيدة المصابة باضطرابات الأكل تحقيقه، لكن البرنامج حاول تحفيز المشاركات وتعليمهن تقبل اجسادهن والشكل الخارجي لأجسامهن. ومن أهم التمرينات التي قامت المشاركات بتطبيقها، تمرين (العلاج بالتعريض) أمام المرآة، حيث يطلب من كل مشاركة أن تقف أمام المرآة وتحدد ما الأشياء التي تكرهها في جسدها ثم تحول الجمل السلبية التي وصفت فيها جسدها إلى جمل موضوعية. وإذا لم تستطع إيجاد جمل موضوعية حول جسدها تقوم المشاركات بمساعدتها.

لقد اتفقت نتائج الدراسة المتعلقة بهذا البعد مع نتائج الدراسة التي قام بها فاندرلندن ورفاقه Vanderlinden, et al. (2007)، التي أكدت على أن البرنامج الناجح في علاج اضطرابات الأكل ينبغي أن يعمل على تحسين مفهوم الذات وتحسين الخبرة الجسدية لدى المشارك، لما لها من أهمية كبرى في علاج هذه الاضطرابات.

كما اتفقت مع نتائج الدراسة التي قامت بها جاد الله (2008) Gadalla التي أظهرت أن النساء اللواتي يعانين من اضطرابات الأكل، كانت سلوكات الحمية لديهن متكررة، ولديهن انشغال كبير بشكل الجسم، وبكمية الطعام الذي يأكلنه، وأن اضطرابات المزاج هي من بين الأسباب المؤدية إلى لجوء السيدات إلى الأكل الشره.

كذلك دراسة ريس وزملائها Reas, et al. (2005) والتي أظهرت أن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشراهة والسمنة يقومون بالتفقد الدائم لمناطق زيادة الوزن في اجسامهم، ويتجنبون الملابس التي تظهر هذه المناطق.

البعد الرابع: الانشغال بالوزن:

أشارت نتائج تحليل التباين المشترك المتعدد إلى وجود فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \geq 0.05$) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على بعد الانشغال بالوزن لصالح المجموعة التجريبية. أي أن انشغال السيدات بالوزن قد انخفض لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة .

إن ارتباط الوزن باضطراب الشراهة قوي جداً، فقد أشارت الدراسات إلى أن (70%) من الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشراهة يعانون أيضاً من زيادة في الوزن؛ لهذا تم

التأكيد في البرنامج على ضرورة إتباع المشاركات أساليب أكل صحية من أجل خسارة الـوزن الزائد، وتعليمهن أسلوب الأكل الصحيح والاستراتيجيات المتبعة من أجـل الـتحكم بـأعراض اضطراب سلوك الأكل، وتبصرهن بالأسباب التي تمنعهن من التغيير ومن خسارة الوزن.

اتفقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج الدراسة التي قامت بها جاربر وآخرون .Garber et al (2008) حول علاقة مؤشر كتلة الجسم وسلوكات اضطرابات الأكل مع عدم الرضا عن الوزن، حيث وجدت الدراسة أن النساء اللواتي يعانين من السمنة، واللواتي لديهن قلق مرتفع حول مدى مناسبة أوزانهن للمعايير المفترضة حول الوزن المثالي، كن يعانين من اضطراب الأكل.

كما اتفقت مع نتائج الدراسة التي قام بها جريلـو ورفاقـه (2005) .Grilo, et al التـي أظهرت أن مستوى عدم الرضا عن الجسد لدى النساء أعلى منه لـدى الرجـال، وأن نوبـات الشراهة وتقدير الذات هما أكثر العوامل تأثيراً على عدم الرضا عن الجسد.

البعد الخامس: نوبات الشراهة:

أشارت نتائج تحليل التباين المشترك المتعدد إلى وجود فرق ذو دلالة إحـصائية عنـد مستوى ($0.05 \geq \alpha$) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على البعـد الخـامس علـى مقياس اضطراب الشراهة وهو نوبات الشراهة لصالح المجموعـة التجريبيـة. أي أن نوبـات الشراهة لدى السيدات المشاركات بالبرنامج قد انخفضت مقارنة بالمجموعة الضابطة.

إن أهم ما يميز اضطراب الشراهة هو حدوث نوبات متكررة من الأكل الزائد مع شعور بفقدان السيطرة. والنجاح في خفض نوبات الشراهة يعتبر نجاحاً كبيـراً للبرنـامج، فقـد قـدم البرنامج العديد من الاستراتيجيات التي يمكن اتباعها بعد ظهور المشاعر المؤلمة وقبل اللجـوء لنوبات الشراهة من أجل تهدئة السيدة لتستطيع التفكير بطريقة صحية ولتكتشف أسباب هروبهـا إلى الأكل. كما قدم البرنامج العديد من الاستراتيجيات العملية التي يمكن اتباعها من أجل التحكم بأعراض نوبات الأكل. وبعد أن تدربت المشاركة على الاستراتيجيات قامت باختيـار الأنـسب لها؛ وذلك بالإضافة إلى العديد من المهارات الأخرى التي تعلمتها المشاركة والمعلومات الجديدة التي استفادت منها. كل ذلك أدى إلى خفض نوبات الشراهة وزيادة قـدرة المـشاركات علـى السيطرة.

اتفقت هذه النتيجة مع ما توصل إليه ماكنمارا ورفاقه McNmara, et al. (2008) حـول أهمية القدرة على السيطرة على الذات كجزء لا يتجزأ من سلوك الأكل. فالـشخص المـصاب باضطراب الأكل، عندما ينظر إلى الطعام تعتريه انفعالات ذاتية سلبية مثل الشعور بالاشمئزاز والخجل، لهذا يجب أن يتعلم استراتيجيات لزيادة قدرته على السيطرة.

كما اتفقت هذه النتيجة مع ما وجده مانش ورفاقه Munsch, et al. (2007) من أن نوبات الشراهة المتكررة تؤدي للمزيد من اضطرابات الأكل وتؤدي إلى اضطرابات نفسية مرافقة.

البعد السادس: السلوكات التعويضية:

أشارت نتائج تحليل التباين المشترك المتعدد إلى عدم وجود فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على البعـد الـسادس علـى مقياس اضطراب الشراهة وهو استخدام السلوكات التعويضية.

لم يكن هناك تأثير للبرنامج على السلوكات التعويضية، فاضطراب الشراهة من معاييره عدم وجود سلوكات تعويضية متكررة بعد نوبات الشراهة، حيث تكون الـسلوكات التعويـضية لديهن متفرقة وليست بذات تأثير يذكر، وهذا يؤكد أن النساء المشاركات بالبرنامج كن مصابات باضطراب الشراهة وليس بالبوليميا التي تتصف بوجود السلوكات التعويضية بعـد كـل نوبـة شراهة.

البعد السابع: العجز النفسي والاجتماعي:

أشارت نتائج تحليل التباين المشترك المتعدد إلى وجود فرق ذو دلالة إحـصائية عنـد مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على البعد السابع على مقياس اضطراب الشراهة وهو العجز النفسي والاجتماعي لصالح المجموعة التجريبية. فقـد انخفـض العجز النفسي والاجتماعي لدى المشاركات بالبرنامج مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة.

لقد اهتم البرنامج كثيراً بتحسين نوعية حياة السيدات المشاركات، وذلك لأن الدراسـات أشارت إلى أن المشاركة المصابة باضطراب الشراهة تؤجل الاستمتاع بالحياة حتـى يـنخفض وزنها وتصل للوزن المثالي، وهذا ما حصل مع جميع المشاركات بالبرنامج. ومن أهم التمارين التي حاولت تخفيض الشعور بالعجز النفسي والاجتماعي لدى المشاركات هـو تمـرين حـوار الكرسيين Two Chair Dialogue حيث تقوم المشاركة بتخيل الذات الناقدة تجلس على الكرسـي

المقابل لها وتحاورها وتطلب منها الابتعاد عنها لتستطيع الاستمتاع بحياتها. فالذات الناقدة في الداخل تستمر بانتقاد المشاركة طوال الوقت سواء حول الشكل، أو الوزن، أو سلوك الأكل، أو العلاقات مع الآخرين وغيرها. مما يجعل المشاركة في حالة قلق وانشغال دائمين بسبب ذلك مما يحرمها متعة العيش الطبيعي كغيرها من الناس.

تتفق هذه النتائج مع نتائج الدراسة التي قام بها لوبيرا وآخرون (Lobera, et al. (2009 لتفسير استراتيجيات التكيف التي يتبعها المصابون باضطرابات الأكل وعلاقتها بخصائص الشخصية وبنوعية هذه الاستراتيجيات، والتي أظهرت أن من صفات الأشخاص المصابين باضطرابات الأكل: انتقاد الذات، والانسحاب الاجتماعي، وإدارة غير مناسبة للانفعالات، وإدارة عامة غير مناسبة. والطريقة المناسبة للحد من الأثر السلبي لهذه الصفات هي تعليمهم استراتيجيات التكيف.

ومن الدراسات التي لم تتفق مع هذه النتيجة، دراسة مينوز ورفاقه .Munoz, et al (2009) لتقييم نوعية الحياة لدى الأشخاص المصابين باضطرابات الأكل ومقارنتهم مع أفراد المجتمع بشكل عام، حيث وجدت الدراسة أن مستوى نوعية الحياة لدى المرضى المصابين باضطرابات الأكل فعلاً منخفضة، إلا أنها لا تتحسن إلا بعد سنة على الأقل من العلاج، ومع ذلك لن تصل إلى مستوى نوعية حياة أفراد المجتمع بشكل عام.

السؤال الثاني والمتعلق بأثر البرنامج الإرشادي المرتكز على الانفعالات في معالجة السمنة:

أشارت نتائج تحليل التباين المشترك إلى وجود فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \geq 0.05$) بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متوسط مؤشر كتلة الجسم لصالح المجموعة التجريبية. أي أن مؤشر كتلة الجسم لدى أفراد المجموعة التجريبية قد انخفض بعد التعرض للبرنامج مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة.

لقد أظهرت الدراسات أن ارتباط السمنة مع اضطراب الشراهة هو ارتباط إيجابي، وأن معظم الأشخاص الذين يلجأون إلى نوبات الشراهة، يعانون من زيادة في الوزن (Gilbert, 2007)، وذلك لعدة أسباب منها زيادة الأكل خلال نوبات الشراهة، وسلوك الأكل الفوضوي في الأيام العادية، وعدم اللجوء إلى السلوكات التعويضية. لهذا اهتم البرنامج المستخدم في هذه الدراسة بحثّ المشاركات على إنقاص وزنهن بالأساليب الصحيحة، والتعبير عن الانفعالات السلبية التي تؤدي لنوبات الشراهة وزيادة الوزن.

خصص البرنامج عدة جلسات للحديث عن أسلوب الأكل الصحيح، والاستراتيجيات المتبعة للتقليل من اللجوء إلى الأكل عند مواجهة الضغوطات والمشاعر المؤلمة، بالإضافة إلى تنفيذ المشاركات تمرين الكرسي الخالي Empty Chair. لقد عانت المشاركات من زيادة الوزن منذ الطفولة، ومن أهم الأسباب التي كانت تدفع بهن لنوبات الشراهة ومن ثم زيادة الوزن الانتقادات السلبية التي كن يسمعنها من الآخرين وخاصة الأم حول أوزانهن.

لذا كانت المشاركة تجلس خلال التمرين على الكرسي، وتتخيل أنه على الكرسي المقابل لها يجلس شخص حي أو متوفى كان له تأثير كبير عليها، وأنه كان دائم النقد لها ولوزنها، حيث تتحاور معه وتقوم بالتنفيس الانفعالي، كي تستطيع بعدها أن تبدأ بالتغير.

لقد اتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة ستريجل مور وآخرون .Striegel – Moore, et al (2007) التي أظهرت أن زيادة مؤشر كتلة الجسم هو عامل من عوامل الخطورة التي تؤدي إلى اضطراب الشراهة في المستقبل.

كما تتفق مع ما توصل إليه ماشيب وجريلو (2006) Masheb & Grilo حول زيادة الأكل الانفعالي لدى الأشخاص الذين يعانون من السمنة واضطرابات الأكل. فالمشاعر السلبية التالية: كالقلق، والحزن، والوحدة، والتعب، والغضب، والسعادة تؤدي بهم للأكل.

هذا ولم تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة برودي ورفاقه (2005) .Brody, et al حول أفضل الأساليب العلاجية التي يختارها المصابون بالسمنة وباضطرابات الأكل خاصة اضطراب الشراهة، حيث تم اختيار العلاج السلوكي المعرفي كأفضل أسلوب علاجي مع التأكيد بأن الأسلوب المناسب يعتمد على كيفية إدراك الشخص للمشكلة.

السؤال الثالث والمتعلق بأثر البرنامج الإرشادي المرتكز على الانفعالات في تحسن مستوى الذكاء الانفعالي:

أشارت نتائج تحليل التباين المشترك إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($0.05 \geq \alpha$) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مستوى الذكاء الانفعالي تعزى للبرنامج، أي أن مستوى الذكاء الانفعالي قد تحسن لدى المشاركات في البرنامج.

يعزى هذا التحسن في مستوى الذكاء الانفعالي إلى استخدام العديد من الاستراتيجيات التي ساعدت المشاركات على الوعي بالانفعالات، وإدارة الانفعالات، وزيادة الدافعية الذاتية، وادارة

العلاقات الاجتماعية، والتعاطف، بالإضافة إلى التمارين المتعددة التي ساعدت المشاركات على الوعي بالذكاء الانفعالي وزيادة الدافعية لديهن.

كذلك كان هناك تركيز على الجانب المعرفي، حيث قام البرنامج بتوعية المشاركات بالتشويهات المعرفية لديهن، حيث قمن بحل التمارين المتعلقة بهذه التشويهات، مما ساهم بشكل مباشر في رفع مستوى الذكاء الانفعالي لدى المشاركات.

كما أن التبصر بالحاجات العلاقاتية لدى المشاركات ساهم أيضاً في رفع مستوى الذكاء الانفعالي لديهن. حيث ارتفع الوعي لديهن بأهمية تلبية هذه الحاجات من قبل الأشخاص المهمين الموجودين في حياتهن.

بالإضافة إلى توفير المناخ الآمن والداعم، واحترام معتقدات المشاركات ومشاعرهن ومساعدتهن على رفع مستوى الدافعية لديهن، ساعد المشاركات على التدرب على الاستراتيجيات والقيام بالتمارين.

كما تم في البرنامج اتباع خطوات إعادة البناء الانفعالي، من أجل تحسين الذكاء الانفعالي لدى المشاركات، وذلك لزيادة وعيهن بانفعالاتهن، وزيادة قدرتهن على التعبير عن الانفعالات، وعلى إدارة الانفعالات (Greenberg, 2002). لذا تم التركيز في البرنامج على هذه النقاط الثلاث من أجل تحسين الذكاء الانفعالي لدى المشاركات.

وقد أكد جولمان (1998) Goleman على ضرورة رفع مستوى الذكاء الانفعالي من أجل التخلص من اضطراب الشراهة.

وقد اعتمد البرنامج التكامل بين الانفعالات والمعارف من أجل تحسين الذكاء الانفعالي لدى المشاركات فالفهم المعرفي والتوقعات المعرفية يحددان ردود الفعل الانفعالية.

اتفقت هذه النتيجة مع نتائج الدراسة التي قام بها ماكراتي ورفاقه (1999) .McCraty, et al التي هدفت إلى تبيان أثر برنامج تدريبي على مهارات إدارة الذات الانفعالية على الأداء النفسي، حيث أظهرت النتائج أن تعلم المهارات الانفعالية منذ الطفولة ينمي لدى الفرد أنماطاً فسيولوجية صحية لها أثر على تعلم الأطفال وصحتهم على المدى البعيد.

كما تتفق أيضاً مع ما وجدته هاريسون ورفاقها (2009) .Harrison, et al من أن النساء اللواتي يعانين من اضطرابات الأكل، لديهن صعوبات في التعرف على المشاعر والسيطرة عليها، مما يستدعي استهداف هذه المشاعر في البرامج العلاجية التي تستهدف اضطرابات الأكل.

النتائج المتعلقة بالدرجات على أبعاد مقياس الذكاء الانفعالي:

البعد الأول: الوعي بالذات:

أشارت نتائج تحليل التباين المشترك المتعدد إلى وجود فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الوعي الذاتي لصالح المجموعة التجريبية، أي أن مستوى الوعي بالذات قد ارتفع لدى أفراد المجموعة التجريبية نتيجة تطبيق البرنامج مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة.

يقصد بالوعي بالانفعالات التعرف على مفهوم الانفعال، ووصف المشاعر المصاحبة للانفعالات المختلفة، والتعرف على شدة الانفعالات.

لقد ركز البرنامج على أهمية وعي المشاركات بذاتهن وبانفعالاتهن. وقد أكد جرينبرغ (2002) Greenberg على أن أول وأهم خطوة هي الوعي الذاتي. لهذا تم تخصيص العديد من التمارين ودراسة الحالات لهذا الغرض.

بدأ الوعي بالتركيز على مركز الانفعال وهو الدماغ وبالتحديد اللوزة، ودعم البرنامج ذلك بوضع صورة للوزة على PowerPoint، بالإضافة إلى مناقشة العديد من الحالات عن الانفعالات وكيفية تأثيرها على سلوكنا في معظم الوقت دون وعي منا. كما دعمت التمارين المتعددة (مثل تمرين تحديد السلبيات والإيجابيات، وتمرين بطلة أو خروفة) ذلك وزادت دافعية المشاركات لتعلم المزيد.

وأكثر ما لفت انتباه المشاركات وساعدهن على الوعي بانفعالاتهن هو تمرين الوجوه، حيث طلب من كل مشاركة تحديد مشاعرها كلما تحدثت عن حدث حصل معها بالرجوع إلى قائمة الوجوه. وكانت هذه القائمة موجودة على PowerPoint في كل جلسة. وفي نهاية كل واجب كانت كل مشاركة تحدد مشاعرها تجاه الواجب بالرجوع إلى هذه الصفحة.

كما أن الواجبات البيتية أضافت إلى وعي المشاركات وساعدتهن وزادت من دافعيتهن، فمنذ بداية البرنامج أبدت المشاركات اهتمامهن وطلبن المزيد من التمارين في كل جلسة.

إن نتائج هذه الدراسة تتفق مع نتائج دراسة في ورفاقه (2009) .Fei, et al التي أكدت على أن الوعي بالانفعالات كان له ارتباط إيجابي قوي مع القدرات الانفعالية والرضا عن العمل، وأنه كلما زاد الوعي الانفعالي، كلما تحسنت الأبعاد الأخرى للذكاء الانفعالي مثل العلاقات الاجتماعية.

البعد الثاني: إدارة الانفعالات:

أشارت نتائج تحليل التباين المشترك المتعدد إلى وجود فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى إدارة الانفعالات بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية، أي أن مستوى إدارة الانفعالات قد ارتفع لدى أفراد المجموعة التجريبية نتيجة تطبيق البرنامج مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة.

يعمل الذكاء الانفعالي على زيادة ثقة الفرد بنفسه، نتيجة تعلمه مهارة إدارة الانفعالات، حتى يتمكن من السيطرة على انفعالاته المؤلمة مثل القلق، والتوتر، والغضب، والاكتئاب، مما يتيح له استغلال قدراته المعرفية بأفضل طريقة ممكنة. ويقصد بإدارة الانفعالات القدرة على التحكم بالانفعالات السلبية، وكسب الوقت للتحكم بها، وتحويلها إلى انفعالات إيجابية. فالذكاء الانفعالي يزيد من قدرة الشخص على ضبط النفس وعلى السيطرة على المشاعر المؤلمة.

بدأت المشاركات بالاقرار بأنهن يستطعن إدارة انفعالاتهن بعدما تعرفن على السلسلة الانفعالية وعلى أهمية الأحاسيس الجسدية في تحديد الانفعال. فمنذ اللحظة التي بدأن فيها بتسمية انفعالاتهن، شعرن بأنهن قادرات على إدارة هذه الانفعالات. كما ساعدت التمارين التي قامت بها المشاركات على تحقيق ذلك، وأضافت إلى معلوماتهن الكثير، حيث نبهتهن إلى العديد من الأمور التي كن يقمن بها دون وعي، كاستخدامهن البكاء كوسيلة للحصول على الانتباه والمواساة من الآخرين.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج الدراسة التي قام بها شوبير وآخرون (2009) .Schuppert, et al التي هدفت إلى تبيان أثر تدريب المراهقين على إدارة الانفعالات، حيث أظهرت النتائج أن

ارتفاع مستوى ادارة الانفعالات لدى المراهقين قد رفع من مستوى ذكائهم الانفعالي. فأصـــبحوا اقدر على السيطرة على تقلبات مزاجهم، وزاد مستوى الضبط الداخلي لديهم .

البعد الثالث: الدافعية الذاتية:

أشارت نتائج تحليل التباين المشترك المتعدد إلى وجود فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في الدافعية الذاتية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية، أي أن مستوى الدافعية الذاتية لدى أفراد المجموعة التجريبية قد ارتفع بعـــد تطبيـــق البرنامج مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة.

إن الذكاء الانفعالي يؤثر في صحة الأفراد وسعادتهم ويجعلهم قادرين علـــى التكيـــف مـــع المواقف الحياتية المتجددة. ويساعدهم على تغيير أنماط التفكير التقليدية ويوسع مـــداركهم. كـــل ذلك من شأنه أن يزيد من دافعيتهم الذاتية للتحسن بشكل أكبر.

إن الأسلوب الذي تم اعتماده، في البرنامج، والطريقة التي نظمت بها الجلسات، والمعلومات التي تم اعطاءها للمشاركات، ادت إلى زيادة دافعية المشاركات للاستمرار والـــتعلم والتغييـــر. وكان لذلك فائدة كبيرة جداً، فكلما قامت المشاركات بأداء تمرين أو مناقشة حالة، شعرن بالفائدة الكبيرة وبمدى تحسن الذكاء الانفعالي لديهن. وعند شرح العلاقة بين الانفعالات والتفكير ومدى تأثير ذلك عليهن وعلى مشكلة اضطراب الشراهة لديهن، زادت دافعيتهن للتعلم والعمل.

ومن أكثر التمارين التي زادت من دافعية المشاركات، تمرين أسباب جيدة للهـــروب مـــن المشاعر وأسباب جيدة لعدم الهروب من المشاعر.

وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع ما توصلت إليه مبيضين (2007) من أن التـــدريب علـــى الذكاء الانفعالي قد أدى إلى تحسن الدافعية ومفهوم الذات لدى الطلبة.

كما اتفقت هذه النتائج مع نتائج الدراسة التي قام بها محي الدين ورفاقه .Mahyuddin, et al (2009) والتي أظهرت وجود ارتباط قوي بين الذكاء الانفعالي والدافعية، فكلما ارتفـــع الـــذكاء الانفعالي، كلما ارتفعت الدافعية الذاتية، وكلما ارتفعت الدافعيـــة للإنجـــاز، وتحـــسن الإنجـــاز الأكاديمي.

البعد الرابع: إدارة العلاقات الاجتماعية

أشارت نتائج تحليل التباين المشترك المتعدد إلى وجود فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في ادارة العلاقات الاجتماعية بين المجموعة التجريبيــة والمجموعــة الــضابطة لصالح المجموعة التجريبية، أي أن القدرة على إدارة العلاقات الاجتماعية قد ارتفعت لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة.

لقد أصبحت طرق التنشئة الحديثة تهتم بمساعدة الأشخاص على التواصــل مــع الآخــرين وتحسين علاقاتهم الاجتماعية. فإذا أعطى الشخص الفرصة للتعبيــر عــن انفعالاتــه بجــرأة، ومناقشتها، وتحليلها، واتخاذ القرار حولها، أصبح أكثر قدرة على التواصل مع الآخرين، فالذكاء الانفعالي له تأثير في الشخصية. فإذا كان مستوى الذكاء الانفعالي لدى الشخص ضعيف، كلمــا زاد ذلك من تعرضه للاضطرابات النفسية والجسمية وبالتالي تزيد لديه المشاكل السلوكية ممــا يجعل الآخرين يبتعدون عنه.

لقد ركز البرنامج الإرشادي في هذه الدراسة على تحسين وإثراء العلاقات الاجتماعية لدى المشاركات بعدة طرق. في البداية كانت المرشدة هي النموذج الذي أظهر الحرص الكبير علــى تحسن العلاقات الاجتماعية. كما أسهم نظام الأصدقاء الذي تم تطبيقه منذ بداية البرنامج في دعم التحسن في إدارة العلاقات الاجتماعية بشكل كبير، خاصة وأن المرشدة كانــت تؤكــد وتــدعم باستمرار أهمية تواصل الأصدقاء خارج جلسات البرنامج.

بالإضافة إلى اتباع أسلوب المجموعات عند القيام بالتمارين خلال الجلسات، حيث كان يتم تحديد مجموعات صغيرة في الجلسة، وكل مجموعة تقوم بقراءة دراســة حالــة، ومناقــشتها، وعرضها للمجموعات الأخرى. هذا الأسلوب دعم العلاقات الاجتماعية بشكل كبير.

وهذا ينسجم مع ما توصل إليه مونتاجنو ورفاقه Montagno, et al. (2011) من أن تــدريب المرشدين على العلاج المرتكز على الانفعالات قد أدى إلى تحسن كفاءة المرشــدين وأصــبحوا أكثر انفتاحاً على مشاعرهم، وتحسن التعاطف، وبالنهاية تحسنت العلاقات الاجتماعية لديهم.

البعد الخامس: التعاطف

أشارت نتائج تحليل التباين المشترك المتعدد إلى وجود فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى التعاطف بين المجموعة التجريبيــة والمجموعــة الــضابطة لــصالح

المجموعة التجريبية. أي أن مستوى التعاطف قد ارتفع لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة.

إن الأفراد الذين يملكون مهارة الذكاء الانفعالي يحسنون إرسال واستقبال الرسائل الانفعالية، مما يجعلهم يدخلون في علاقات منسجمة مع الآخرين، فهم يفهمون الآخر ويعبرون له عن فهمهم له ولمشاعره. فالتعاطف يعني استشعار ما يعانيه الآخرون وإيصال ذلك لهم، بالإضافة إلى الجو الآمن انفعالياً الذي يسمح بالتفاعلات الاجتماعية.

كان الجو العام في البرنامج دافئ وحميم، حيث ركزت المرشدة على اظهار التقبل غير المشروط للجميع، خاصة وأن التقبل يعتبر من أهم الحاجات لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشراهة والسمنة. وقد أكدت المرشدة على التعاطف من خلال كلامها وقامت بتطبيقه مع المشاركات.

كما ساعد نشاط الحاجات العلاقاتية على زيادة التعاطف لدى المشاركات، فقامت كل مشاركة بإعلان حاجاتها ذات الأولوية. ثم طلبت المرشدة من الجميع أن يكتبوا حاجات كل مشاركة من أجل مساعدتها على تلبيتها وبعد مراجعة الواجب اليومي لكل مشاركة، كانت المرشدة تذكر بحاجة المشاركة والتي ترغب بتلبيتها. كل ذلك ساعد على زيادة التعاطف بين المشاركات.

بالإضافة إلى ذلك شجعت معرفة المشاركات بالتشويهات المعرفية على التعاطف بينهن، حيث اكتشفن أن لدى معظمهن التشويه المعرفي المسمى التفكير القطبي، مما زاد من شعورهن بالتقارب والتشابه.

كما أن قراءة بعض المشاركات لمقتطفات من المذكرات اليومية التي كتبن فيها مشاعرهن المؤلمة، ومدى معاناتهن مع اضطراب الشراهة، ومشاركة الجميع لهن ولهذا الاضطراب أدى إلى زيادة التعاطف بينهن.

وهذا يتفق مع ما توصلت إليه مطر (2004)، وهو أن أكثر أبعاد الذكاء الانفعالي تأثراً بالبرنامج الارشادي الذي استخدمته هما الوعي الذاتي والتعاطف.

دراسة الحالات:

أظهر تحليل النتائج انخفاض الشراهة والسمنة وتحسن مستوى الذكاء الانفعالي لدى جميع السيدات المشاركات في المجموعة التجريبية بعد تعرضهن للبرنامج. ولإلقاء مزيد من الضوء على ما تم في البرنامج والنتائج التي توصلت إليها الدراسة، ارتأت الباحثة عرض اربع دراسات حالة لأربع مشاركات في البرنامج، اثنتان منهن حققن افضل النتائج واثنتان منهن حققن نتائج متواضعة نسبياً علماً بأن جميع المشاركات قد حدث لديهن تغير إيجابي ولكن بنسب متفاوتة.

الحالة الأولى (ر.ف):

(ر.ف) سيدة تبلغ من العمر 46 عاماً، متزوجة ولها (3) أطفال. تعمل مدرسة في إحدى مدارس عمان الخاصة. وتحمل شهادة ماجستير في التربية. أما زوجها فيعمل في إحدى الشركات الخاصة في مدينة عمان. لكن مع أنه يعمل حتى الساعة الخامسة إلا أنه لا يساعد أبداً لا في البيت ولا مع الأولاد ولا حتى في شراء الحاجيات. فكل الأعباء والمسؤوليات تقع على عاتقها. فكونه رجل شرقي بطبعه يعتقد أن وظيفة الرجل العمل في الخارج وأخذ الراتب فقط والباقي هو مسؤولية الزوجة.

كان وزنها قبل البدء بالبرنامج (98) كغم وطولها (160)سم. ومؤشر كتلة الجسم لديها (38.28). بعد انتهاء البرنامج انخفض وزنها إلى (93)كغم، وكذلك انخفض مؤشر كتلة الجسم إلى (36.32). لقد كانت من أكثر المشاركات نجاحاً في تطبيق البرنامج.

بدأت (ر.ف) بالحميات قبل نوبات الشراهة، فأول حمية غذائية قامت بها كانت في العاشرة من عمرها وبتأثير من والدتها التي أصرت على أنها تعاني من زيادة في الوزن ويجب عليها أن تعمل على خفضه، فقامت بالحمية وطبقتها بحذافيرها ونجحت بذلك. ثم توالت الحميات على مر السنين حتى تزوجت وهي في العشرين، بعد الزواج بدأت الضغوط تزداد عليها وشعرت أنها غير قادرة على القيام بالأعباء والمسئوليات المطلوبة منها بنجاح. خاصة وأنها كانت تعتقد أن أهل زوجها وزوجها يراقبون أعمالها وذلك بسب كثرة الانتقادات السلبية التي كانت تتلقاها منهم. عندها بدأت باللجوء إلى نوبات الشراهة دون وعي منها. في البداية كانت نوبات الشراهة ذاتية، فلم تكن كمية الأكل كبيرة جداً، الا أنها كانت تدركها كذلك. لكن مع مرور السنين وزيادة الضغوط أصبحت النوبات موضوعية. فكلما كانت تشعر بالضغط من الأعباء

والمسؤوليات كانت تلجأ إلى أكل الطعام الذي يحتوي على كميات كبيرة من الوحدات الحرارية والذي كانت تمتنع عنه في أوقات الحمية، فتأكل مثلاً خلال النوبة (3) قطع من الكعك، و(2) باكيت من رقاقات البطاطا، والعديد من قطع الشوكولاته. ولا تكتفي بذلك بل تطلب من أحد مطاعم الوجبات السريعة وجبه كبيرة تأكلها كلها حالما تصل بعد كل كمية السكر الذي تناولته. كانت تأكل دون الشعور بالجوع وتستمر بالأكل حتى تشعر بعدم الارتياح، لكنها لم تلجأ للسلوكات التعويضية.

بالإضافة إلى نوبات الشراهة، كان سلوك الأكل لديها فوضوي، فكانت تأكل كلما شعرت أنها بحاجة للأكل، فمشاعر الجوع والشبع لديها غير صحيحة، فهي لا تعرف متى تشعر بالجوع ويجب أن تأكل لأنها طوال الوقت تطلب الأكل.

أكثر الأوقات التي كانت تشعر فيها بالحاجة إلى الأكل هي عندما تتعرض للانتقاد السلبي، وخاصة الانتقاد الذي يصدر عن الزوج بخصوص وزنها الزائد. فكلما نظر إليها نظرة تدركها على أنها سلبية، وكلما تكلم معها عن ضرورة التوقف عن الأكل، كانت تلجأ للنوبات. خلال النوبة كانت (ر.ف) تشعر بالراحة، وتشعر أنها في عالم آخر. عالم لطيف وجميل، ولا يوجد به مسؤوليات، ولا يوجد به أي انتقاد لها. فتشعر بالراحة وهي تأكل، وتخاف أن تعود للعالم الواقعي فتستمر بالأكل حتى تبقى المشاعر الجميلة المتخيلة لديها ولا تختفي.

اعترفت (ر.ف) أنها عندما تبدأ بالأكل وخاصة خلال نوبة الشراهة، تشعر بفقدان السيطرة على نفسها. فكأن هناك هاجس لديها بأن تنهي كل الطعام الموجود أمامها بغض النظر عن نوعيته وعن قدرتها على الأكل.

كانت دائماً حريصة على ألا تأكل كثيراً أمام الناس كي لا ينتقدها أحد وخاصة زوجها ووالدتها، لكنها في كثير من الأوقات التي تشعر بأنها لا تأكل كثيراً ومرتاحة لأن معدتها لا تؤلمها، يأتي الانتقاد من الزوج أو الأم بأنها تأكل كثيراً. هنا تتوقف عن الأكل أمامهم وبعد ذلك تسرق الأكل وتذهب إلى غرفتها أو إلى الحمام وتأكل بالسر دون أن يراها أحد. تكمن المشكلة في أنها عندما تأكل بالسر تأكل بسرعة كميات كبيرة جداً، فهي تأخذ معها شطيرة أو أكثر ومجموعة من الحلويات تلتهمهم بسرعة ثم تخرج وتبقى بمزاج سلبي باقي النهار وهي تفكر أن عليها أن تبدأ بالحمية في الغد. وتؤكد (ر.ف) أنها كلما كانت تبدأ معها نوبة الشراهة كانت تشعر بفقدان السيطرة كلياً وبأنها لا تستطيع أن تتوقف.

بعد خضوعها للبرنامج، بدأت (ر.ف) بالقيام بتغييرات عديدة في حياتها، لكنها تعتبر أن أهم تغيير هو حاجتها للدعم الذي قامت المجموعة بتلبيته. ليس هذا فحسب بل دعمتها زميلتها في البرنامج التي كانت الصديقة المقربة وفقاً لنظام الأصدقاء buddy system الذي تم تطبيقه منذ بداية البرنامج. كلما شعرت بالضغط كانت تلجأ إلى صديقتها وتتكلم معها. هكذا تقوم بالتنفيس عن انفعالاتها وبنفس الوقت يمر الوقت المطلوب حتى تختفي الرغبة بالأكل. بعد ذلك تشعر بالراحة وبأنها لا تحتاج الأكل لتحسين مشاعرها والتقليل من المشاعر المؤلمة التي تجتاحها.

كما قامت بتنظيم وجباتها كما تعلمت في الجلسات، وبدأت بالتخطيط للوجبات منذ بداية الأسبوع فتذهب لشراء جميع حاجاتها بعد أن تدونها في ورقة كي لا تنسى شيئاً وتشعر بالضغط خلال الأسبوع. بدأت تنتبه للمعلمات الموجودات في المدرسة وكيف يأكلن وكيف ينظمن وجباتهن، وأخذت تنظر لإحدى المعلمات على أنها قدوة لها بأسلوب الأكل المنظم والمنخفض السعرات الحرارية فبدأت بتقليدها. لكنها ذهبت إلى أبعد من ذلك فطلبت منها الدعم والاستشارة في تنظيم الوجبات ونوعيتها. فنظمت نفسها وأهل بيتها جميعا على أساس (3) وجبات أساسية و(3) وجبات خفيفة، حيث قامت بزيادة البروتينات في الوجبات الرئيسية وحولت من أكل الكربوهيدرات البسيطة إلى الكربوهيدات المعقدة مع زيادة الخضار في كل وجبة. أما بالنسبة للوجبات الخفيفة، فبعد أن كانت الوجبة تقتصر على الحلويات أصبحت تأكل فيها الفاكهة والتمر والجوز.

لقد زاد وعي (ر.ف) بانفعالاتها وساعدها البرنامج على إدارة وتنظيم هذه الانفعالات. أيضاً زاد وعيها بالتشويه المعرفي الموجود لديها وهو التفكير القطبي (كل شيء أو لا شيء). وهي تعتقد أن من أهم الأسباب التي أدت بها لنوبات الشراهة هو نجاحها في القيام بالحميات، فهي إما تنفذها كما يجب أو تأكل بشراهة. لم يكن لديها أسلوب آخر في الأكل، إما الامتناع عن الأكل أو الأكل الفوضوي. هذا بالإضافة إلى تبصرها بحاجاتها العلاقاتية، فاكتشفت أن من أولوياتها الحاجة إلى الدعم واستطاعت تلبية هذه الحاجة من خلال المجموعة وبالأخص من خلال الصديقة في المجموعة.

كانت (ر.ف) أكثر مشاركة مستعدة للقيام بالتغيير، فتعلمت الاستراتيجيات المطلوبة ونفذتها لتصبح مع الوقت أكثر سعادة لأنها تمشي في الطريق الصحيح للتخلص من اضطراب الشراهة لتستطيع الاستمتاع بحياة ضاغطة أصبحت تعرف كيفية التعامل مع ضغوطاتها.

فأسلوب الحياة الجديد الذي اتبعته لها ولعائلتها أتى بنتائج إيجابية فقد انخفضت نوبات الشراهة لديها وانخفض وزنها وتحسن الذكاء الانفعالي لديها .

الحالة الثانية (ب.ز):

(ب.ز.) سيدة تبلغ من العمر (47) عاماً، متزوجة ولها (3) أولاد. ولدان يدرسان في الولايات المتحدة، وبنت تدرس في إحدى المدارس الخاصة بمدينة عان في الصف الثاني عشر. تحمل شهادة الدبلوم، لكنها لا تعمل ولم تعمل أبداً. كان وزنها قبل البدء بالبرنامج (95) كغم، وطولها (160) سم، ومؤشر كتلة الجسم (37.1). بعد انتهاء البرنامج انخفض وزنها إلى (92)كغم، ومؤشر كتلة الجسم إلى (35.9). وقد كانت من أكثر المشاركات نجاحاً.

أما زوجها فهو يعمل في إحدى المدن الخليجية ويأتي لزيارتها مرة واحدة كل (3) أشهر، لذا هي تتحمل مسؤوليات البيت والأولاد وحدها. بالإضافة إلى غياب الزوج، فهي تشير إلى أن أخوتها أيضاً يعيشون في الخارج ولا أحد منهم موجود ليساعدها، لهذا تشعر بضغوط كثيرة عليها من كل الجوانب. وعندما يأتي زوجها إلى الأردن يشعر بأنه في إجازة فلا يتحمل عنها أية أعباء بل بالعكس يزيد من أعبائها.

كانت (ب.ز) تعاني من زيادة الوزن منذ الصغر وكانت دائماً تقوم بالحميات الغذائية، لهذا كان وزنها في حالة تذبذب دائم. بعد سنوات من اللجوء إلى خبراء التغذية بدون فائدة قررت أن زيادة الوزن لديها لا بد أن يكون له أساس نفسي، لأنها كانت تقوم بالحمية التي تصفها لها خبيرة التغذية وينخفض وزنها، ثم تعود للأكل كما كانت معتقدة بأنه أمر طبيعي، فيرتفع وزنها مرة أخرى. وفي هذه المرحلة من حياتها بدأت تشعر بأهمية علاج مشكلة الأكل لديها خاصة وأن صحتها بدأت تسوء وبدأت بتناول أدوية لأمراض مزمنة مثل الكولسترول. في إحدى المرات قبل بضع سنوات قامت بالحمية الصارمة وانخفض وزنها وأصبح مثالي، وبدأت تتلقى الإعجاب من الأشخاص الموجودين حولها، لكن ذلك لم يستمر طويلاً فسرعان ما عادت الى نوبات الشراهة كلما شعرت بالضغط النفسي. وبعد ذلك لم تستطع القيام بأية حمية أخرى. بل لجأت للأكل لترتاح من الضغوط التي تتراكم عليها عبر السنين. كان أكلها غير منظم فهي ربة بيت وتقوم بالأكل باستمرار، فالأكل موجود و تناوله سهل، والضغوطات التي تتعرض لها يومية ومستمرة. بالإضافة إلى أسلوب حياتها غير المنظم، فهي تلجأ إلى نوبات الشراهة عدة مرات في الأسبوع. وخلال النوبة تأكل كميات كبيرة، فقد تأكل وجبة كبيرة من الأرز الأبيض

واللحوم وتتبعها بعدة قطع من البسكويت أو أي نوع من الحلويات موجودة لديها. وتكمل بالمكسرات الموجدة دائماً في البيت. كانت تأكل لدرجة التخمة فيصيبها ألم في المعدة وشعور بالحرقة بسبب ذلك، لكن بعد النوبة تشعر بالاشمئزاز والخجل من ذاتها، وتلجأ للبكاء في كثير من الأحيان.

كانت تلجأ للأكل وتقوم بنوبات الشراهة عندما تشعر بمشاعر مؤلمة، وبالأخص إذا قام أحدهم بالتعليق على وزنها، فتشعر بالألم والوحدة وتشعر أنه لا يوجد أحد يحبها إلا الأكل. فتلجأ للشيء الوحيد الذي لا يحكم عليها بل يساعدها على الارتياح من الضغوط النفسية الموجودة حولها بكثرة. أكثر الأوقات التي تشعر فيها بالضغط هي عند زيارة زوجها لها في الأردن. فهي تعرف أنه سيبدأ بانتقادها وانتقاد أسلوبها في الأكل وزيادة زونها. وكانت تأكل بشراهة كبيرة كلما اقترب موعد عودته، لكن في حضوره هي لا تأكل أبداً، بل تختبئ عنه وتأكل بالخفية.

أكثر شيء يخيفها هو شعورها بفقدان السيطرة بعد أن تبدأ بالأكل، فلا تستطيع أن تتوقف أبداً. لكنها بعد النوبة كانت دائماً تشعر بالخجل والاشمئزاز وكره الذات وتعد نفسها بأن منذ الغد ستتبع حمية غذائية ومع الأسف يأتي اليوم الثاني ولا تنفذ ما وعدت نفسها به.

خلال تطبيق البرنامج بدأت (ب.ز) بالوعي بأن الانفعالات المؤلمة والشعور بالضغط النفسي هما سبب نوبات الشراهة التي تنتابها. فعند البدء بتطبيق الأنشطة التي تهدف إلى زيادة الوعي بالذات وبالانفعالات، اكتشفت أنها غير واعية أبداً لذلك، وأنها بحاجة للعمل كثيراً من أجل تحسين الذكاء الانفعالي لديها. واكتشفت أنها كانت تستخدم الأكل كوسيلة للهروب من الانفعالات، فحين تم تطبيق الجلسة الخامسة بدأت سريعا بتنفيذ الاستراتيجيات التي تعلمتها وخاصة استراتيجية التنفس مع حرف (س).

أما بالنسبة للعلاقة بين التشويهات المعرفية واضطراب الشراهة، فاكتشفت أنها كانت تقوم بالاستدلال الانفعالي وهذا كان يؤدي بها للأكل. تبصرت أيضاً بحاجاتها العلاقاتية. واكتشفت أن أهم حاجة لديها هي الاحترام. بعد اشتراكها في البرنامج استطاعت أن تطلب هذه الحاجة من زوجها كي يكف عن انتقادها وبهذا تبدأ مشاعرها بالتحسن ولا تهرب منها للأكل.

كانت أهم لحظة لدى (ب.ز) هي الجلسة الثالثة عشرة لأنها اكتشفت سبب خوفها من التغيير ومن ترك الأكل وهو أنها تعتبر الأكل مسكن ومهدئ ذاتي. استفادت أيضاً من الجلسات المتعلقة بأسلوب الأكل وكيفية الأكل بشكل طبيعي وبدأ التغيير في حياتها. فأخذت تنظم وجباتها

وتخلصت من الحلويات الموجودة في البيت. وأصبحت وجباتها الخفيفة صحية وليست مليئة بالسكر والدهنيات.

أما بالنسبة لتمرين حوار الكراسي فقد أبدعت في حوار ذاتها الناقدة التي لا تنفك عن انتقادها يومياً، فواجهتها وحاورتها وتغلبت عليها، ثم شعرت أنها امرأة أخرى بعد ذلك قادرة على مواجهة تحديات الحياة بصورة أفضل.

الحالة الثالثة (ف.ف):

(ف.ف) سيدة تبلغ من العمر (27) سنة. متزوجة ولها طفل عمره (6) سنوات، تحمل شهادة البكالوريوس في الصيدلة وتقوم بدراسات عليا في إحدى الجامعات الأردنية للحصول على درجة الماجستير. وتعمل بدوام جزئي في إحدى الصيدليات في مدينة عمان. عندما بدأت البرنامج كان وزنها (84)كغم، وطولها (162)سم، ومؤشر كتلة الجسم لديها (32). أما بعد انتهاء البرنامج أصبح وزنها (83)كغم، ومؤشر كتلة الجسم (31.62). لقد كانت هذه السيدة من السيدات اللواتي حصلن على أقل نسبة تغيير بالرغم من محاولاتها الجادة في التغيير.

لقد عانت (ف.ف.) من اضطراب الشراهة والسمنة منذ الطفولة المبكرة، وهي تحمل مسؤولية ذلك إلى والدتها وزوجها. أما بالنسبة لوالدتها فقد كانت تنتقدها منذ طفولتها وتطلب منها ألا تأكل، فقد كانت طفلة سمينة تحب الأكل. في العطلات الصيفية بدل أن تلعب مع صديقاتها كانت والدتها تلحقها بمعسكر صيفي لتمارس رياضة إجبارية وتحرمها من تناول الحلويات كي تخسر بعضاً من وزنها، واستمرت على هذه الحال حتى كبرت ودخلت الجامعة. بعد ذلك تعرفت على زوجها الذي لم يشر الى وزنها أبداً إلا بعد الزواج، فأخذ ينتقد وزنها الزائد مع أنها كانت تعتقد في ذلك الوقت أنها نحيفة جداً، وذلك لأنها كانت قد قامت بحمية صارمة قبل الزواج وخسرت حوالي (20) كغم، فكان وزنها (50) كغم. لكن انتقاد زوجها الدائم وانتقاد والدتها كلما ذهبت لزيارتها جعلاها تهرب منهما إلى الأكل. عندها بدأ ت بنوبات شراهة موضوعية، فكلما شعرت بمشاعر مؤلمة بسبب الانتقادات الكثيرة لوزنها لجأت إلى أكل الحلويات وخاصة المثلجات، وبدأت تأكل بالسر ووحدها. ويساعدها في ذلك سفر زوجها المتكرر وغيابه الطويل عن البيت.

كانت تشعر بفقدان السيطرة على نفسها عندما تبدأ بالأكل، وكان يخيفها أنها لا تستطيع أن تتوقف عن الأكل بعد أن تبدأ، لهذا كانت تحرص على ألا تذهب للمناسبات الاجتماعية كي لا تأكل أمام الناس لأنها تخاف من انتقادهم لها. ولأن مستوى الذكاء الانفعالي لديها منخفض، فقد كانت لا تستطيع المواجهة بل تختبئ وتلجأ إلى الأكل بالسر، لهذا كان تقديرها لنفسها سلبي جداً ولم تكن متفائلة من قدرتها على التغيير. وأخذت الكثير من الوقت حتى استطاعت أن تكشف ذاتها وتبدأ التنفيس عن انفعالاتها. استعملت (ف.ف) وجوه الانفعالات بشكل كبير بسبب عدم معرفتها وعدم وعيها بانفعالاتها. تم التأكيد عليها في كل جلسة على ضرورة القيام بالتمارين والواجبات البيتية للاستفادة.

بدأت (ف.ف) بالاهتمام والتفاؤل في الجلسة الرابعة بعد أن تعرفت على الانفعالات الأولية والثانوية. هنا بدأت نقطة التحول، لكن كثرة الانتقادات وقلة الدعم الموجود في حياتها كان يؤجل تقدمها. بعد ذلك بدأت بتطبيق استراتيجيات التهدئة، لكنها اختارت أن تطبق استراتيجية التخيل في مكان آمن. فكانت تتخيل نفسها في البلد الأوروبي الذي يعيش فيه زوجها وأنها تعيش هناك على شاطئ البحر.

وبالنسبة للتشويهات المعرفية كانت (ف.ف) تتبنى التفكير القطبي، مما يفسر نجاحاتها السابقة في القيام بالحميات ثم لجوئها إلى نوبات الشراهة. فقد أظهرت الدراسات أن الأشخاص الذين ينجحون في القيام بالحميات الغذائية هم الأكثر عرضة لاضطراب الشراهة، فهي تعتقد أنها يجب أن إما تمتنع عن الأكل أو تأكل بشراهة.

بعد التبصر بحاجاتها العلاقاتية واكتشاف أن أهم حاجة لديها هي الحاجة إلى التقدير، وقد يرجع ذلك إلى أيام الطفولة عندما كانت تخسر وزنها وتنجح في الحمية والرياضة ومع ذلك كانت أمها تنتقدها وتطلب منها أن تعمل بجد أكثر.

تعرفت (ف.ف) على الأسلوب الطبيعي في الأكل واكتشفت أنها بعيدة كل البعد عنه، فبدأت بالتخطيط لتأكل (3) وجبات رئيسية و(3) وجبات خفيفة، لكنها اعترفت أنها بحاجة للمزيد من الوقت كي تنجح بذلك. فما زالت تلجأ إلى أكل المثلجات كلما شعرت بالغضب من انتقادات زوجها ووالدتها، كذلك كلما شعرت بنظرات الناس اليها.

عندما طلب منها القيام بنشاط عدم إصدار الأحكام احتاجت إلى مساعدة المجموعة كي تكتب الأحكام الموضوعية، لكن عندما قامت بتمرين تقبل صورة الجسد أمام المرآة، احتاجت

للكثير من الدعم من المجموعة. مما يدل على مدى عمق مشاعرها المؤلمة ومدى حاجتها للتنفيس عن انفعالاتها. مع أنها استفادت وتعلمت الكثير من البرنامج وانخفض وزنها وانخفض مؤشر كتلة الجسم لديها وتحسن الذكاء الانفعالي بنسبة ملحوظة، إلا أنها ما زالت بحاجة إلى الكثير من التدريب والعمل حتى تستطيع أن تعيش حياتها بسعادة.

الحالة الرابعة (ح. ز):

(ح. ز) فتاة تبلغ من العمر (28) عاماً، ما زالت عزباء، حاصلة على شهادة الماجستير في علم النفس من إحدى الجامعات الأردنية وتعمل في إدارة الشركات الخاصة. لقد كان وزنها في بداية البرنامج (74) كغم وطولها (150)سم ومؤشر كتلة الجسم لديها (32.8) بعد نهاية البرنامج أصبح وزنها (73) كغم ومؤشر كتلة الجسم (32.4).

لقد كانت (ح. ز) أصعب مشاركة انضمت إلى المجموعة، فهي وبسبب دراستها لعلم النفس، كانت ترى أنها قادرة على معالجة نفسها ولم تأتِ إلى البرنامج إلا لترى ما إذا كان هناك معلومة واحدة جديدة لتستفيد منها. لم تأتي بعقل متفتح لتستقبل هذه المعلومات بل في البداية كانت تحاول في كل جلسة أن تثبت أنها على دراية بكل المواضيع التي تم طرحها في البرنامج. ليس هذا فحسب بل ذهبت إلى أبعد من ذلك لتعلن أنها تقوم بكل ما يقال في الجلسات من قبل وأن مستوى الذكاء الانفعالي لديها مرتفع جداً. وقد أمضت الكثير من الوقت دون أن تستطيع مصادقة زميلتها في البرنامج صداقة فعلية. فلم تكن تكلمها خارج نطاق الجلسات.

عانت (ح. ز) من السمنة منذ الطفولة، لكنها لم تكن يومها تهتم بهذه المشكلة لأنها على حد قولها أمضت طفولتها في المملكة العربية السعودية حيث لم يكن يهتم الناس بالوزن والشكل الخارجي، وأكدت أن الكثير من البنات في مثل عمرها كانوا يعانون من زيادة في الوزن. بدأت المشكلة لديها عندما انتقلت مع أسرتها إلى الأردن وهي بعمر المراهقة المبكرة بعد أن توفي والدها، ووقتها بدأ الناس بانتقادها بسبب السمنة وبدأ المقربون منها يطالبونها بإنقاص وزنها.من هنا بدأت تبحث عن أشكال الحميات الغذائية. وفي كل مرة تطبق إحداها وينخفض وزنها وما تلبث أن تعود مرة أخرى بعد أن تنتهي الحمية إلى أسلوب الأكل الشره ليزيد وزنها مرة أخرى.

تم نصيحة (ح. ز) بأن تكف عن تعداد الوحدات الحرارية طيلة مدة البرنامج وذلك لأن الدراسات أشارت بأن ذلك يؤدي إلى إصابة الفرد بالوسواس كلما أراد أن يأكل شيئاً، والبرنامج

يريد البدء بعملية إعادة البناء الانفعالي قبل التكلم عن اضطراب الشراهة، لكنها لم تلتزم بالتعليمات واستمرت على أسلوبها في تعداد السعرات الحرارية الذي تتبعه منذ سنين دون فائدة.

لقد كانت تتعرض لضغوط يومية حول وزنها من قبل معظم من تعرفهم، وذلك أنها في سن الزواج وإذا بقيت تعاني من السمنة فلن تجد رجلاً مناسباً بسهولة، وستبقى بدون زواج كل العمر. كانت تشعر بهذا الضغط من قبل والدتها وأخوها الذي يعيش معهما هو وزوجته وأولاده في بيت يضيق بالعائلتين، وهي تتمنى الزواج والاستقلال والابتعاد عن هذا البيت المزعج، لكنها عندما تذهب إلى العمل يقوم الشباب في الشركة بإسماعها تعليقات لا تعجبها حول وزنها.

لقد كانت (ح. ز) من السيدات القلائل اللواتي بدأت نوبات الشراهة لديهن قبل القيام بالحميات الغذائية، فزيادة الأكل والشراهة بدأت منذ الطفولة عندما كانت في المملكة العربية السعودية، ففي المدارس هناك تكثر الحلويات والسكاكر والمشروبات الغازية.

لم تعترف أبداً بكميات الطعام التي تأكلها خلال نوبات الشراهة، لكنها اعترفت أنه عند حدوث نوبة الشراهة فهي تهرب إلى غرفتها لأنها تشتري الأكل خفية عن الأهل وتضعه في خزانتها كي لا يراه أحد، فتأكل لوحدها من الحلويات الموجودة وتستمر بذلك حتى تشعر بأنها على وشك التقيؤ. عندها فقط تتوقف عن الأكل وتخبئ باقي الحلويات للمرة القادمة. كما تذكر بأنها حالما تبدأ الأكل تفقد السيطرة على نفسها، فلا تعرف كيف تتوقف، فتلغي تفكيرها وتغلق الباب على مشاعرها المؤلمة وتستمر بالأكل، وتشعر بأنها في عالم آخر لا يوجد به مشاكل ولا انتقادات توجه لها.

أما بالنسبة لسلوك اكلها اليومي فكان في فوضى كبيرة، فهي مقتنعة بأنها تستطيع أن تأكل في أي وقت مادامت ضمن الوحدات الحرارية اليومية المسموح بها. فكانت تطلب يومياً وجبة من مطاعم الأكل السريعة وتعتقد أن هذا الأسلوب يناسبها. لم تكن تظن أنها مضطرة الى اتباع أسلوب حياة جديد تماماً يكون صحي ومناسب لها، وفيه تخطيط لجميع الوجبات التي تريد أكلها.

في بداية الجلسات أعلنت على أنها واعية جداً لانفعالاتها وأنها ليست بحاجة للقيام بجميع التمارين، لكن شيئاً فشيئاً بدأت تستقبل المعلومات بشكل أفضل لكن دون أن تذكر أنها تستفيد، ثم أخذت بحل الواجبات وتطبيق الاستراتيجيات.

تبصرت بالتشويهات المعرفية والحاجات العلاقاتية لديها، فاكتشفت أنها تعاني من التفكير القطبي كحال معظم المشاركات اللواتي يلجأن للحمية ثم نوبات الشراهة بالتناوب، واكتشفت أن أهم حاجة لديها هي الحاجة الى المودة. أكدت على ذلك وأعلنت أنها بحاجة للمودة بشكل كبير بسبب رفض الناس لها لأنها سمينة، وأنها ترحب بفكرة الزواج لكنها ما زالت تنتظر الرجل المناسب الذي يتقبلها.

طبقت في النهاية استراتيجيات التهدئة لتخفف من مشاعرها السلبية عند مواجهة الضغوط وليمضي وقت الرغبة بالأكل حتى تستطيع السيطرة على نفسها، لكنها بدأت بالتطبيق في وقت متأخر عن زميلاتها. إلا أنها في النهاية استطاعت أن تتقبل فكرة حاجتها للمساعدة وأنها وحدها لا تستطيع أن تعالج اضطراب الشراهة. فنراها في نهاية الجلسات متحمسة للتمارين، فقد تبرعت أن تكون أول واحدة تقوم بتمرين تقبل صورة الجسد أمام المرآة.

نجد مما سبق أنه بالرغم من اختلاف الحالات إلا أنهن جميعاً يشتركن في أن الضغوط النفسية والمشاعر المؤلمة هي التي تؤدي إلى نوبات الشراهة. وأن تحسن مستوى الذكاء الانفعالي لدى هؤلاء المشاركات قد اثر عليهن إيجابياً بحيث انخفضت أوزانهن ومؤشر كتلة الجسم لديهن لكن بنسب متفاوتة.

التوصيات:

في ضوء ما انتهت إليه هذه الدراسة من نتائج يمكن التوصية بما يلي:

1. إجراء المزيد من الدراسات حول موضوع اضطرابات الأكل بشكل عـــام واضـــطراب الشراهة بشكل خاص الذي بدأ ينتشر بتسارع واضح بين الناس في جميع بلدان العالم.
2. إعداد برامج تدريب ترتكز على الانفعالات لعلاج اضطرابات الأكل تلائـــم المراحـــل العمرية المختلفة.
3. توعية أولياء الأمور من خلال مجالس الآباء والأمهات بأهمية تنمية الـــذكاء الانفعـــالي لدى الأطفال وبتأثير الانتقادات السلبية على الأطفال.
4. عمل دورات تدريبية للمرشدين والمعلمين للتأكيد على أهمية الغذاء الصحي في المدارس وتوعية الطالبات حول خطورة اتباع حميات غذائيـــة صـــارمة كونهـــا تـــؤدي إلـــى اضطرابات الأكل في المستقبل.

المراجع

الأعسر، صفاء وكفافي، علاء الدين (2000)، **الذكاء الوجداني**، (ط1)، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

داود، نسيمة وحمدي، نزيه (2001)، مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها، (ط2)، (مترجم)، عمان: الجامعة الأردنية.

الزغاليل، احمد (2009)، مشكلة اضطرابات الأكل عند طلبة الجامعة ومدى الإختلاف في اتجاهاتهم نحو ذلك تبعاً لبعض المتغيرات الديموغرافية. **مجلة العلوم التربوية والنفسية**، 10(1)، 169–180.

شابيرو، ف.د. ولورانس, أ. (2002)، **كيف تنشئ طفلاً يتمتع بذكاء عاطفي**، (ط2)، عمان: مكتبة جرير.

الشيخ، أحمد سعد (2005)، **العوامل المرتبطة باضطرابات الأكل لدى عينة من المراهقات في مدارس عمان الخاصة**. رسالة دكتوراة غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

فاخوري، ربى (2006)، **اضطرابات الأكل لدى طالبات الصف العاشر في المدارس الخاصة لمدينة عمان وعلاقتها بصورة الذات والقلق وممارسة الرياضة وعادات الأم الغذائية وبعض العوامل الديموغرافية**. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

القصير، بشير، والعتوم، حيدر، وبطارسة، سمير، والجوهري، نائلة (2004)، **تقرير الأردن المسح الصحي العالمي بالاعتماد على طلبة المدارس في الفئة العمرية (13–15) سنة عوامل الأخطار والسلوكات المهددة للصحة وعوامل الوقاية**، عمان.

مبيضين، زكية (2007)، **بناء برنامج تدريبي استناداً لمفهوم الذكاء الانفعالي وقياس فاعليته في مفهوم الذات والدافعية لدى طلبة المرحلة الأساسية في الأردن**. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية، عمان، الأردن.

مطر، جيهان (2004)، **أثر برنامج تعليمي – تعلمي مستند إلى نظرية الذكاء الانفعالي على مستوى هذا الذكاء ودرجة العنف لدى الطلبة العدوانيين في الصفين الخامس والسادس.** رسالة دكتوراة غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

المراجع الأجنبية

Alloy, L. B., Riskind, J. H. and Manos, M.J. (2005), **Abnormal Psychology: Current Perspectives**, (9th ed.). New York: McGraw Hill.

American Psychiatric Association (2000), **Diagnostic and Statistical Manual of Mmental disorders**: Text revision, (4th ed). U.S.A: APA. (DSM-IV-TR).

Austin, E., Soklofske, D. and Mastoras, S. (2010), Emotional Intelligence, Coping and Exam – Related Stress in Canadian Undergraduate Students. **Australian Journal of Psychology,** 62(1), 42-50.

Barth, D. (2008), Hidden Eating Disorders: Attachment and Effect Regulation in the Therapeutic Relationship. **Clinical Sociology Work Journal**, 36(4), 355-365.

Belangee, S. E. (2007), Couples and Eating Disorders: An Individual Psychology Approach. **The Journal of Individual Psychology**, 63(3), 294-306.

Brody, M., Masheb, R. and Grilo, C. (2005), Treatment Preferences of Patients with Binge Eating Disorder. **International Journal of Eating Disorders,** 37(4), 352-356.

Bryant- Waugh, R., Turner, H., East, P. and Gamble, C. (2007), Developing a Parenting Skills -and- Support Intervention for Mothers with Eating Disorders and Pre-School Children Part I: Qualitative Investigation of Issues to Include. **European Eating Disorders Review**, 15, 350-356.

Buckroyd, J. and Rother, S. (2008), **Psychological Responses to Eating Disorders and Obesity,** (1st ed.). U.S.A: John Wiley & Sons Inc.

Bydlowski, S., Corcos, M., Jeammet, P,. Paterniti, S., Berthoz, S., Laurier, C., Chambry, J. and Consoli, S. (2005), Emotion Processing Deficits in Eating Disorders. **International Journal of Eating Disordrs,** 37 (4), 321-329.

Cain, D. J. and Seeman, J. (2002), **Humanist Psychotherapies: Handbook of Research and Practice,** (2nd ed.). Washington: APA.

Canals, J., Sancho, C. and Arija, M.V. (2009). Influence of Parents' Eating Attitudes on Eating Disorder in School Adolescents**. European Child Adolescent Psychiatry**, 18, 353- 359.

Cooper, M., Todd, G., Turner, H. and Wells, A. (2007), Cognitive Therapy for Bulimia Nervosa: An A-B Replication Series. **Clinical Psychology & Psychotherapy**, 14,402-411.

Corstorphine, E. (2006), Cognitive – Emotional – Behavioral Therapy for the Eating Disorders: Working with Beliefs about Emotions. **European Eating Disorders Review,** 14, 448-461.

Costarelli, V., Demerzi, M. and Stamou, D. (2009), Disordered Eating Attitudes in Relation to Body Image and Emotional Intelligence in Young Women. **Journal of Human Nutrition & Dietetics,** 22(3), 239-245.

Courbasson, C. M., Rizea, C. and Weiskopf, N. (2008), Emotional Eating Among Individuals with Concurrent Eating and Substance Use Disorders. **International Journal of Mental Health Addiction**, 6, 378_ 388.

Czaja, J., Rief, W. and Hilbert, A. (2009), Emotion Regulation and Binge Eating in Children. **International Journal of Eating Disorders,** 42 (4),356-362.

Davies, L. (2000), **Addressing Emotional Intelligence Through the Teaching of Thinking Skill,** (1st ed.). San Francisco: Jossey Bass Inc.

Davison, G. and Neale, J.M. (2003), **Abnormal Psychology,** (8th ed.). U.S.A: John Wiley & Sons Inc.

Doll, H., Petersen, S. and Stewart – Brown, L. (2005), Eating Disorders and Emotional and Physical Well – being: associations Between Student Self – Reports of Eating Disorders and Quality of Life as Measured by the SF-36. **Quality of Life Research,** 14, 705-717.

Fairburn, C. G. and Brownell, K. D. (2002), **Eating Disorders And Obesity: A Comprehensive Handbook**,(2nd ed.). New York: Guilford Publications Inc.

Fairburn, C.G. (2008), **Cognitive Behavior Therapy And Eating Disorders**. New York: The Guilford Press.

Faye, A., Kalra, G., Swamy, R., Shukla, A., Subramanyam, A. and Kamath, R. (2011), Study of Emotional Intelligence and Empathy in Medical Postgraduates. **Indian Journal of Psychiatry,** 53(2), 140-144.

Fei, C., Ku, E., Yi-Hwan, S., Fei-Hung, C. and Shou, S. (2009), Job Demand, Emotional Awareness and Job Satisfaction in Internships: The Moderating Effect of Social Support. **Social Behavior & Personality: An International Journal,** 37 (10), 1429-1440.

Ferguson, D. (2009), **Top Ten Relational Needs**, (3rd ed.). Texas: Relationship Press.

Fox, J. and Froom, K. (2009), Eating Disorders: A Basic Emotion Perspective. **Clinical Psychology & Psychotherapy,** 16, 328-335.

Fox, J. (2009), Eating Disorders and Emotions. **Clinical Psychology & Psychotherapy,** 16, 237-240.

Fox, J. and Power, M. (2009), Eating Disorders and Multi-Level Models of Emotion: An Integrated Model. **Clinical Psychology & Psychotherapy,** 16, 240-267.

Gadalla, T.M. (2008), Eating Dsorders and Asociated Pychiatric Comorbidity in Elderly Canadian Wmen. **Arch Womens Mental Health**, 11, 357-362.

Garber, A., Boyer, C., Pollack, L., Changy, J. and Shafer, M.A. (2008), Body Mss Index and Disordered Eating Behaviors are Associated with Weight Dissatisfaction in Adolescent & Young Adult Female Military Recruits. **Military Medicine**, 173 (2), 138.

Garner, D. M. and Garfinkel, P.E. (1997), **Handbook of Treatment for Eating Disorders,** (2nd ed.). New York: The Guilford Press.

Gilbert, M. (2007), **Insecure Attachment, Negative Affectivity, Alexithymia, Level of Emotional Awareness and Body Image Disturbance as Predictors Of Binge Eating Severity in Women Who Binge**. Unpublished Doctoral Dissertation, Fielding Graduate University, California, USA.

Goleman, D. (1996), **Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ,** (1st ed.). Great Britain: Bloomsbury Publishing Plc.

Goleman, D. (1998), **Working with Emotional Intelligence**, (1st ed.). U.S.A: Bantan Books.

Greenberg, L. (2002), **Emotion Focused Therapy: Coaching Clients to Work Through their Feelings**, (1st ed.). U.S.A: APA.

Greenberg, L.S. (2004), Emotion – Focused Therapy. **Clinical Psychology & Psychotherapy,** 11(1), 13-16.

Grilo, C. (2006), **Eating and Weight Disorders,** (1st ed.). U.S.A: Psychology Press.

Grilo, C., Masheb, R., Brody, M. Burke-Martindale, C. and Rothschild, B. (2005), Binge Eating and Self-Esteem Predict Body Image Dissatisfaction among Obese Men and Women Seeking Bariatric Surgery. **International Journal of Eating Disorders**, 37 (4), 347-351.

Gupta, S., Rosenthal, M.Z., Mancini, A.D., Cheavens, J.S. and Lynch, T.R. (2008), Emotion Regulation Skills Mediate the Effects of Shame on Eating Disorder Symptoms in Women. **Eating Disorders,** 16, 405-417.

Hall, L. and Cohn, L. (1999), **Bulimia: A Guide to Recovery,** (5th ed.). U.S.A: Library of Congress.

Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K. and Treasure, J. (2009), Emotion Recognition and Regulation in Anorexia Nervosa. **Clinical Psychology & Psychotherapy,** 16, 348-356.

Hilbert, A. and Tuschen- Caffier, B. (2007), Maintenance of Binge Eating Through Negative Mood: A Naturalistic Comparison of Binge Eating Disorder and Bulimia Nervosa. **International Journal of Eating Disorders**, 40, 6, 521-530.

Ioannou, k. and Fox, J. (2009), Perception of Threat from Emotions and its role in Poor Emotional Expression within Eating Pathology. **Clinical Psychology & Psychotherapy,** 16, 336-347.

Jie, C., Ting, X., Jin, J. and Chan, R. (2011), Alexithymia and Emotional Regulation: A Cluster Analytical Approach. **BMC Psychiatry,** 11(1), 33-38.

Jones, L.K. (2011), Emotionally Focused Therapy with Couples. **Social Work Today,** 9 (3), 18-22.

Joos, A. B., Cabrillac, E., Hartmann, A., Wirsching, M. and Zeeck, A. (2009), Emotional Perception in Eating Disorders. **International Journal of Eating Disorders**, 42, 318_ 325.

Kaplan, H. I. and Sadock, B.J. (1998), **Synopsis of Psychiatry,** (25th ed.). U.S.A: Williams & Wilkins.

Kardorff, E. and Ohlbrecht, H. (2008), Overweight, Obesity and Eating Disorders in Adolescents- a Socio – Somatic Reaction to Social Change? **Journal Public Health,** 16(6), 429-438.

Katzman, D.K. & Pinhas, L. (2005), **Help for Eating Disorders: A parents guide to Symptoms, Causes & Treatments**, (1st ed.). Canada: Robert Rose.

Kendall, P.C. (2006), **Child and Adolescent Therapy,** (3rd ed.). New York: The Guilford Press.

Kessler, H. Schwarze, M., Filipic, S., Traue, H. and Wietersheim, J. (2006), Alexithymia and Facial Emotion Recognition in Patients with Eating Disorders. **International Journal of Eating Disorders,** 39(3), 245-251.

Kilani, B. (2009), **Prevalence of Predictive Factors for Developing Eating Disorders Among the University of Jordan's Students and its Relationship with Some Demographic Variables.** Unpublished Master's thesis, University of Jordan, Jordan.

Lane, A., Thelwell, R., Lowther, J. and Davenport, T. (2009), Emotional Intelligence and Psychological Skills Use Among Athletes. **Social Behavior & Personality: An International Journal,** 37(2), 195-201.

Lawson, R., Emanuelli, F., Sines, J. and Waller, G. (2008), Emotional Awareness and Core Beliefs among Women with Eating Disorders. **European Eating Disorders Review, 16, 155-159.**

Legenbauer, T., Vocks, S. and Ruddel, H. (2008), Emotion Recognition, Emotional Awareness and Cognitive Bias in Individuals with Bulimia Nervosa. **Journal Of Clinical Psychology,** 64 (6), 687- 702.

Leonard, N. and Harvey, M. (2007), The Trait of Curiosity as a Predictor of Emotional Intelligence. **Journal of Applied Social Psychology,** 37 (8), 1914-1929.

Lobera, I. J., Estebanez, S., Fernandez, M.J.S., Bautista, E.A. and Garrido, O. (2009), Coping Strategies in Eating Disorders. **European Eating Disorders Review,** 17, 220-226.

Lynn, A.B. (2005), **The EQ Difference: A Powerful Plan for Putting Emotional Intelligence to Work**, (1st ed.). U.S.A: Library of Congress.

Mahyuddin, R., Elias, H. and Noordin, N. (2009), Emotional Intelligence, Achievement Motivation and Academic Motivation Among Students of the Public and Private Higher Institutions. **International Journal of Diversity in Organizations, Communities and Nations,** 9 (4), 135-144.

Masheb, R. and Grilo, C. (2006), Emotional Overeating and its Associations with Eating Disorder Psychopathology Among Overweight Patients with Binge Eating Disorder. **International Journal of Eating Disorders,** 39 (2), 141-146.

McCraty, R., Atkinson, M., Tomasino, D., Goelitz, J. and Mayrovitz, H. (1999), The Impact of an Emotional self Managment Skills Course on Psychosocial Functioning and Autonomic Recovery to Stress in Middle School Children. **Integrative Physiological and Behavioral Science,** 34 (4), 246-269.

McEwen, C. and Flouri, E. (2009), Fathers' Parenting Adverse Life Events and Adolescents' Emotional and Eating Disorder Symptoms: The role of Emotion Regulation. **European Child Adolescent Psychiatry**, 18, 206- 216.

McNamara, C., Chur-Hansen, A. and Hay., P. (2008), Emotional Responses to Food In Adults with an Eating Disorder: A Qualitative Exploration. **European Eating Disorders Review,** 16, 115-123.

Montagno, M., Svatovic, M. and Levenson, H. (2011), Short Term and Long Term Effects of Training in Emotionally Focused Couple Therapy: Professional and Personal Aspects. **Journal of Marital & Family Therapy,** 37 (4), 380-392.

Mowat, J. G. (2010), Supporting Pupils Experiencing Social and Emotional Behavioral Difficulties. **Pastoral Care in Education,** 28 (3), 163-180.

Munoz, P., Quintana, J.M., Las Hayas, C., Aguirre, U., Padierna, A. and Gonzales-Torres, M.A. (2009), Assessment of the Impact of Eating Disorders on Quality of Life Using the Disease- Specific, Health- Related Quality of Life for Eating Disorders (HeRQOLED) Questionnaire. **Quality Life resources**, 18, 1137_ 1146.

Munsch, S. and Beglinger, C. (2005), **Obesity and Binge Eating Disorder,** (1st ed.). Switzerland: Karger.

Munsch, S., Becker, E. Meyer, A., Schneider, S. and Margraf, J. (2007), Recurrent Binge Eating (RBE) and its Characteristics in a Sample of Young Women in Germany. **European Eating Disorders Review**, 15, 385- 399.

Naghavi, F., Redzuan, M. and Mansor, M. (2010), The Relationship Between Alexithymia and Emotional Intelligence. **Asian Social Science**, 6(11), 166-170.

Oltmanns, T. F. and Emery, R.E. (2004), **Abnormal Psychology**, (2nd ed.) New Jersey: Prentice – Hall.

Palmer, B. (2006), **Helping People with Eating Disorders: A Clinical Guide to Assessment and Treatment,** (3rd ed.). England: John Wiley & Sons Inc.

Pfeiffer, R. H. (2002), **Binge / Compulsive Eating Workbook,** (2nd ed.). New York: Growth Publishing.

Rasberry, C.N. (2008), Battling Body Image: Confessions of a Health Educator. **Journal of American College Health,** 56 (4), 423-427.

Reas, D., Grilo, C., Masheb, R. M. and Wilson, G. (2005), Body Checking and Avoidance in Overweight Patients with Binge Eating Disorder. **International Journal of Eating Disorder,** 37 (4), 342-346.

Salovey, P. and Sluyter, D. (1997), **Emotional Development and Emotional Intelligence, Educational Implication.** N.Y: Basic books.

Schaffner, A. and Buchanan, L. (2008), Integrating Evidence – Based Treatments with Individual Needs in an Outpatient Facility for Eating Disorders. **Eating Disorders,** 16, 378-392.

Schuppert, H.M. Giesen-Bloo, J., Van Gemert, T.C., Wiersema, H. Minderaa, R.B., Emmelkamp, P., Nauta, M. (2009), Effectiveness of an Emotion Regulation Group Training for Adolescents – A Randomized Controlled Pilot Study. **Clinical Psychology and Psychotherapy,** 16 (6), 467-478.

Schutte, N., Malouff, J., Simunek, M., Mckenely, J. and Hollander, S. (2002), Characteristics of Emotional Intelligence and Emotional Well-being. **Cognitions and Emotions,** 16(6), 769-785.

Segal, J. (1997), **Raising your Emotional Intelligence: A Practical Guide,** (1st ed.). New York: Henry Holt & Co.

Shuriquie, N. and Abdulhamid, M. (2005), Eating Disorders Among Jordanian Women, A Collective Case Study. **The Arab Journal Of Psychiatry**, 16 (2), 45-54.

Siebold, C. (2008), Shame, The Affective Side of Secrets: Commentary on Barth's Hidden Eating Disorders. **Clinical Sociology Work Journal** 36, 367_371.

Sloan, D. M. (2004), Emotion – Focused Therapy: An Interview with Leslie Greenberg. **Journal of Contemporary Psychotherapy**, 43 (2), 105-116.

Striegel- Moore, R.H., Dohm, F.A., Kraemer, H. C., Schreiber, G.B., Taylor, C.B. and Daniels, S.R. (2007), Risk Factors for Binge- Eating Disorders: An exploratory Study**. International Journal of Eating Disorders**, 40, 481- 487.

Vanderlinden, J., Buis, H., Pieters, G. and Probst, M. (2007), Which Elements in the Treatment of Eating Disorders are Necessary Ingredients in the Recovery Process? A Comparison Between the Patient's and Therapist's View. **European Eating Disorder Review**, 15, 357- 365.

White, M., Masheb, R. and Grilo, C. (2009), Regimental and lifestyle Restraint in Binge Eating Disorder. **International Journal of Eating Disorders,** 24 (4), 326-331.

Wilding, C. (2007), **Teach Yourself Emotional Intelligence**, New York: McGraw Hill Inc.

الملحق رقم (1)

المقابلة

يشير الناس الى معاني مختلفة عند الحديث عن الإفراط في الأكل overeating:

1- ما الأوقات التي شعرت فيها بأنك اكلت او كنت على وشك ان تأكلي الكثير من الطعـــام في وجبة واحدة؟

2- ما الأوقات التي شعرت فيها بأنك قد فقدت السيطرة على نفسك ولم تتوقفي عن الأكل؟

3- هل كان هناك اوقات شعرت فيها بانك أكلت الكثير من الطعام لكن الآخرين لا يوافقونك الرأي؟

4- هل كان هناك اوقات شعرت فيها بانك أكلت كمية عادية من الطعـــام لكـــن الآخـــرين اعتبروك بانك قد بالغت في الأكل؟

5- ماذا اكلت خلال هذه الأوقات وما الكمية التي تناولتيها؟

6- هل كانت هذه الكمية من الطعام مبالغ بها؟

7- ماذا كانت الظروف المحيطة بتناول الطعام؟

8- ماذا كان يأكل الآخرون في ذلك الوقت؟

9- هل كان لديك احساس بفقدان السيطرة في ذلك الوقت؟

10- هل شعرت بانه كان من الممكن ان تتوقفي عن الأكل بعد ان بدأت؟

11- هل شعرت بأنه كان من الممكن ان تمنعي نوبة الأكل الزائد قبل ان تبدأ؟

تكرار نوبات الأكل الزائد: كم يوماً في الشهر؟ (   )

كم مرة في اليوم؟ (   )

خلال نوبات الأكل الزائد بشكل عام هل:

12- اكلت بسرعة اكبر من السرعة العادية؟ ....

13- اكلت حتى شعرت بانك غير مرتاحة من كثرة الأكل؟ ....

14- اكلت كميات كبيرة من الطعام مع أنك لم تكوني تشعرين بالجوع؟ ....

15- اكلت وحدك لأنك شعرت بالإحراج من كمية الأكل التي كنت تتناولينها؟ ......

16- شعرت بالإشمئزاز من نفسك او بالإكتئاب او بالذنب الكبير؟ ....

17- بشكل عام، خلال الأشهر الستة الماضية، هل شعرت بالكرب او بالإنزعاج عند حصول هذه النوبات؟ (نعم)   (لا)

الملحق رقم (2)

مقياس اضطراب الشراهة

تتعلق الأسئلة التالية بالأسابيع الأربعة الماضية فقط (28 يوم). الرجاء قراءة الأسئلة بتمعن ثم الإجابة عليها جميعها بوضع دائرة حول الرقم المناسب:

الرقم	كم يوماً في الأيام الثمانية والعشرين الماضية	ولا يوم	1- 5 يوم	6- 12 يوم	13- 15 يوم	16- 22 يوم	23- 27 يوم	كل يوم
1	حاولت متعمدة تحديد كمية الطعام التي تتناولينها وذلك من اجل تغيير وزنك وشكلك (بغض النظر عما اذا كنت قد نجحت ام لا)؟	0	1	2	3	4	5	6
2	حاولت ان تبقي بدون طعام لأوقات طويلة (8 ساعات او اكثر) من اجل تغيير وزنك او شكلك؟	0	1	2	3	4	5	6
3	حاولت استبعاد بعض انواع الأطعمة التي تحبيها من اجل تغيير وزنك او شكلك (بغض النظر عما اذا كنت قد نجحت ام لا)؟	0	1	2	3	4	5	6
4	حاولت اتباع قوانين محددة في اكلك (مثل تحديد عدد السعرات الحرارية) من اجل تغيير وزنك او شكلك (بغض النظر عما اذا كنت قد نجحت ام لا)؟	0	1	2	3	4	5	6
5	راودتك رغبة ملحة لإبقاء معدتك فارغة بهدف تغيير شكلك او وزنك؟	0	1	2	3	4	5	6
6	راودتك رغبة ملحة لان تكون معدتك مسطحة تماماً؟	0	1	2	3	4	5	6
7	ادى التفكير بالأكل والطعام والوحدات الحرارية الى صعوبة في التركيز على اشياء تهمك مثل العمل والقراءة ومتابعة نقاش ما؟	0	1	2	3	4	5	6
8	ادى التفكير في الوزن او شكل الجسم الى صعوبة في التركيز على الأمور التي تهمك مثل العمل والقراءة ومتابعة نقاش ما؟	0	1	2	3	4	5	6
9	انتابك خوف محدد من فقدان السيطرة على سلوك الأكل؟	0	1	2	3	4	5	6
10	انتابك خوف محدد من ان يزداد وزنك؟	0	1	2	3	4	5	6
11	شعرت بانك سمينة؟	0	1	2	3	4	5	6
12	شعرت برغبة قوية لإنقاص وزنك؟	0	1	2	3	4	5	6
13	اكلت كمية من الطعام قد يعتبرها البعض كمية طعام كبيرة بشكل غير عادي؟	0	1	2	3	4	5	6
14	انتابك شعور بانك فقدت السيطرة على سلوك الأكل لديك (اثناء تناولك للطعام)؟	0	1	2	3	4	5	6
15	حدثت لديك نوبات أكل مفرطة(اي اكل كميات كبيرة من الطعام مع الشعور بفقد السيطرة في ذلك الوقت)؟	0	1	2	3	4	5	6
16	اجبرت نفسك على التقيؤ كوسيلة للسيطرة على شكلك ووزنك؟	0	1	2	3	4	5	6
17	تناولت عقاقير تسبب الإسهال كوسيلة للسيطرة على وزنك وشكلك الخارجي؟	0	1	2	3	4	5	6
18	مارست التمارين الرياضية بطريقة قسرية كوسيلة للتحكم بوزنك او شكل جسمك او كمية الدهن او لحرق السعرات الحرارية؟	0	1	2	3	4	5	6
19	أكلت خفية عن الآخرين؟	0	1	2	3	4	5	6
20	اكلت ثم شعرت بالذنب؟ (اي شعرت بانك قمت بسلوك خاطىء بسبب تاثير ذلك السلوك على شكلك الخارجي ووزنك)	0	1	2	3	4	5	6

الرقم	خلال الثماني والعشرين يوماً الماضية	ابداً	قليلاً		احياناً		دائماً	
21	ما مقدار شعورك بالحرج من رؤية النـــاس لـــك وانت تاكلين؟	0	1	2	3	4	5	6
22	هل اثر وزنك على طريقة تفكيرك بنفسك وحكمـــك على نفسك كشخص؟	0	1	2	3	4	5	6
23	هل اثر شكلك الخارجي على طريقة تفكيرك بنفسك وحكمك على نفسك كشخص؟	0	1	2	3	4	5	6
24	كم يزعجك وزن نفسك مرة اسبوعياً(لا اكثـــر ولا اقل) ولأربعة اسابيع متتالية؟	0	1	2	3	4	5	6
25	هل انتابك شعور بعدم الرضا عن وزنك؟	0	1	2	3	4	5	6
26	هل انتابك شعور بعدم الرضا عن شكلك الخارجي؟	0	1	2	3	4	5	6
27	هل انتابك شعور بعـــدم الارتيـــاح عنـــد رؤيتـــك لجسمك؟ (مثل رؤية شكلك في المرآة)	0	1	2	3	4	5	6
28	هل انتابك شعور بعدم الارتياح عند رؤية الآخرين لجسمك؟ مثلاً في غرفة تغيير الملابس المـــشتركة في نادي رياضي او عند ارتداء ملابس ضيقة؟	0	1	2	3	4	5	6
	خلال الثماني و العشرين يوماً الماضـــية الـــى اي مدى أدى تأثير كل من عاداتك الغذائية، والرياضة، ومشاعرك تجاه الأكل والوزن وشكل الجسم الى...	ابداً	قليلاً		احياناً		دائماً	
29	صعوبة في التركيز؟	0	1	2	3	4	5	6
30	انتقادك لنفسك؟	0	1	2	3	4	5	6
31	امتناعك عن الخروج مع الآخرين؟	0	1	2	3	4	5	6
32	تغيير ادائك في العمل؟	0	1	2	3	4	5	6
33	نسيانك العديد من الأمور؟	0	1	2	3	4	5	6
34	ضعف قدرتك على اتخاذ القرارات اليومية؟	0	1	2	3	4	5	6
35	التدخل في الوجبات التي تأكلينها مع عائلتك واصدقائك؟	0	1	2	3	4	5	6
36	شعورك بالإنزعاج؟	0	1	2	3	4	5	6
37	شعورك بالخجل من نفسك؟	0	1	2	3	4	5	6
38	الاحساس بصعوبة الأكل في الخارج مع الآخرين؟	0	1	2	3	4	5	6
39	شعورك بالذنب؟	0	1	2	3	4	5	6
40	حرمانك من الاستمتاع بالأعمال التي كنت تستمتعين بالقيام بها؟	0	1	2	3	4	5	6
41	ان تكوني شاردة الذهن؟	0	1	2	3	4	5	6
42	شعورك بانك فاشلة؟	0	1	2	3	4	5	6
43	التاثير على علاقاتك مع الآخرين؟	0	1	2	3	4	5	6
44	شعورك بالقلق؟	0	1	2	3	4	5	6

كم وزنك الحالي؟ (الرجاء وضع افضل تقدير) ....

كم طولك؟ (الرجاء وضع افضل تقدير) ....

خلال آخر (3–4) اشهر هل كانت الدورة الشهرية منتظمة؟ ....

اذا كان الجواب لا، كم عدد المرات التي تاخرت بها الدورة؟ ....

هل تتناولين حبوب منع الحمل؟ ....

الإسم:

العمر:

المستوى التعليمي:

الحالة الإجتماعية:

دخل الأسرة:

العمل:

شكراً،،

الملحق رقم (3)

مقياس الذكاء الانفعالي

لا يوجد اجابة صحيحة او اجابة خاطئة في هذا المقياس لذا ارجو منك ان تضعي دائرة حـــول الإجابة التي تجدينها الأكثر ملاءمة لك:

1- هل تستطيعين ان تميزي حدوث اي تغير في مزاجك؟

ا- دائماً ب- احياناً ج- نادراً د- ابداً

2- هل انت قادرة على تحديد الوقت الذي تصبحين فيه دفاعية؟

ا- دائماً ب- احياناً ج- نادراً د- ابدا

3- هل تستطيعين ان تميزي متى تؤثر مشاعرك على ادائك؟

ا- دائماً ب- احياناً ج- نادراً د- ابدا

4- كم السرعة التي تكتشفين بها انك قد بدأت بفقدان اعصابك؟

ا- بسرعة شديدة ب- بسرعة متوسطة ج- ببطء د- ببطء شديد

5- ما السرعة التي تكتشفين فيها ان افكارك تتحول الى افكار سلبية؟

ا- فوراً ب- بسرعة ج- بعد فترة د- متأخرة

6- هل يمكنك الاسترخاء وانت تحت تأثير الضغط؟

ا- بسهولة كبيرة ب- بسهولة ج- بصعوبة د- ابداً

7- هل تكملين عملك عندما تشعرين بالغضب؟

ا- عادة نعم ب- احياناً ج- عادة لا د- ابداً

8- هل تتكلمين مع نفسك للتنفيس عن مشاعر القلق او الغضب؟

ا- غالباً ب- احياناً ج- نادراً د- ابدا

9-هل تحافظين على توازنك ورباطة جأشك عند مواجهة غضب الآخرين وتهجمهم عليك؟

ا- دائماً ب- عادة ج- احيانا د- ابداً

10- ما مدى قدرتك على التركيز عند شعورك بالقلق؟

ا- جيدة جداً ب- جيدة ج- ضعيفة د- ضعيفة جداً

11- هل تستعيدين السيطرة على نفسك بسرعة بعد أن يغمرك انفعال قوي؟

ا- دائماً ب- احياناً ج- نادراً د- ابدا

12- هل تفين بوعودك؟

ا- دائماً ب- معظم الأوقات ج- نادراً د- ابدا

13- هل تستطيعين ارغام نفسك على العمل عند اللزوم؟

ا- دائماً ب- غالباً ج- احياناً د- ابداً

14- الى اي درجة تجدين نفسك مستعدة لتغيير اسلوبك في عمل الأشــياء عنــدما تجــدين ان اساليبك الحالية غير مجدية؟

ا- مستعدة جداً ب- مستعدة ج- مترددة د- مترددة كثيراً

15- هل انت مستعدة لرفع مستوى الطاقة لديك لإكمال المهام المملة؟

ا- دائماً ب- عادة ج- نادراً د- ابداً

16- هل تسعين الى ايجاد اساليب من اجل حل النزاع؟

ا- دائماً ب- غالباً ج- احياناً د- ابداً

17- الى اي مدى تؤثرين على الآخرين حول اسلوبهم في عمل الأشياء؟

ا- كثيراً ب- الى حد ما ج- قليلاً د- ابداً

18- ما مدى استعدادك لتكوني الناطق الرسمي باسم الآخرين؟

ا- مستعدة دائماً ب- مستعدة أحياناً ج- مترددة د- غير مستعدة

19- هل انت مستعدة لإظهار التعاطف مع مشاعر الآخرين؟

ا- دائماً ب- احياناً ج- نادراً د- ابدا

20- كم من المرات تجدين نفسك موضع ثقة من الآخرين؟

ا- غالباً ب- احياناً ج- نادراً د- ابدا

21- هل تجدين نفسك قادرة على رفع معنويات الآخرين وتحسين مشاعرهم تجاه انفسهم؟

ا- نعم غالباً ب- نعم احياناً ج- نادراً د- ابدا

22- ما مدى رغبتك في تقديم المساعدة والعون للآخرين ؟

ا- دائماً　　　ب- أحياناً　　　ج- نادراً　　　د- أبداً

23- هل تستطيعين ان تلمسي غضب الآخرين وقلقهم ومن ثم التجاوب مع مشاعرهم بشكل مناسب؟

ا- نعم دائماً　　　ب- نعم غالباً　　　ج- نادراً　　　د- ابدا

24- ما مدى فاعليتك في ايصال مشاعرك الى الآخرين؟

ا- كبيرة　　　ب- متوسطة　　　ج- ضعيفة　　　د - ليس لدي فاعلية

25- هل تساهمين في ادارة الإنفعالات والصراعات التي تظهر في مكان عملك او مع عائلتك؟

ا- نعم غالباً　　　ب- نعم احياناً　　　ج- نادراً　　　د- ابدا

الملحق رقم (4)

البرنامج الإرشادي

الجلسة الأولى: التعارف والتعريف بالبرنامج ومناقشة التوقعات.

أهداف الجلسة:

1- أن تعرف المرشدة المشاركات بنفسها وتفتح المجال لهن للتعارف.
2- أن تتعرف المشاركات على طبيعة البرنامج وأهدافه ومكوناته.
3- أن توضح المرشدة للسيدات القواعد التي يرتكز عليها عمل المجموعة وشروط نجاح البرنامج.
4- أن تناقش المشاركات توقعاتهن من البرنامج.
5- أن تعرف المرشدة اضطرابات الأكل وأنواعها.

الأساليب والأدوات:

- ملف، وأوراق، ونشرات، وpowerpoint، والحوار، والمناقشة، وطرح الأسئلة، والأنشطة.

<u>الإجراءات</u>
- ترحب المرشدة بالمجموعة وتعرفهن بنفسها. - توزع المرشدة ملفاً لكل مشاركة يحتوي على أوراق وقلم ونشرة حول البرنامج وأهدافه، وعوامل نجاحه، وتطلب من كل مشاركة الاحتفاظ بالملف خلال الجلسات. - تقدم المرشدة نشاط رقم (1): الاساور وذلك لتسهيل التعارف وليتسنى للسيدات في المجموعة تقديم أنفسهن. كل ذلك يساعد في كسر الجمود وبناء الألفة. - تقدم المرشدة نشاط رقم (2) وهو نظام الأصدقاء Buddy system. - تناقش المرشدة عوامل نجاح البرنامج والأسس التي تحكم عمل المجموعة وتوضح ذلك باستخدام (نشرة رقم 1). - تناقش المرشدة أهداف الجماعة، وتوضح ذلك باستخدام نشرة رقم (2). - تناقش المرشدة التوقعات من البرنامج وتوضح ذلك باستخدام نشرة رقم (3). - توزع المرشدة نشرة حول أساليب المعرفة (نشرة رقم 4) وتطلب من المشاركات قراءتها. - مناقشة المشاركات بالنشرة. - تقدم المرشدة فكرة عن البرنامج بشكل عام وعن مكوناته وأهدافه. - توزع المرشدة ملخصاً عن أنواع اضطرابات الأكل (نشرة رقم 5) وتعرضها على powerpoint وتناقش المشاركات بها. - تطلب المرشدة من كل مشاركة التأكيد من أن ما تعاني منه هو اضطراب الشراهة. - تقدم ملخصاً لما دار في الجلسة، وتعطي الواجب البيتي وهو عبارة عن دراسة حالة. - تشكر المشاركات على الحضور، وتنهي الجلسة بالتذكير بموعد الجلسة القادمة.

النشاطات:

نشاط رقم (1) الاساور:

يهدف هذا النشاط إلى بناء الألفة بين المشاركات المشتركات. تحضر المرشدة (6) أزواج من الاساور لكل زوج نفس النوع واللون. ثم تطلب من كل مشاركة أن تختار اسوارة. تطلب المرشدة من المشاركات بأن تجلس كل واحدة بجانب المشاركة التي اختارت نفس لون الاسوارة لمدة (5) دقائق حيث يتم من خلالها التعارف بين السيدتين. وبعد ذلك يطلب من كل مشاركة أن تعرف على نفسها امام زميلتها التي اختارت نفس لون الاسوارة بالطريقة التي تراها مناسبة. ثم تقدم كل مشاركة زميلتها التي تعرفت عليها أمام المجموعة وتذكر على سبيل المثال: الاسم، والحالة الزوجية، وعدد الأولاد، وسبب الالتحاق بالبرنامج، وسبب اختيار هذا اللون من الاساور.

نشاط رقم (2) نظام الأصدقاء:

تطلب المرشدة من المشاركات أن يتعرفن على بعضهن البعض بشكل أفضل من خلال طرح أسئلة مثل:

- ما الأشياء التي تستمتعين بالقيام بها؟
- ما الأشياء التي تعجبك في حياتك وعملك؟
- إذا أردت القيام بشيء تحبينه ماذا سيكون؟
- كيف كنت تشعرين مؤخراً؟

بعد ذلك تعرف المرشدة المشاركات على نظام الأصدقاء. فتطلب المرشدة من كل مشاركة أن تعطي رقم هاتفها لزميلتها التي تعرفت إليها لتصبحا صديقتين خلال مدة البرنامج. بحيث كلما احتاجت المشاركة إلى صديقة تتكلم معها، تستطيع الاتصال بها. والهدف من نظام الأصدقاء هذا أنه كلما وجدت إحدى المشاركات نفسها أنها تعاني من مشاعر مؤلمة تدفعها للأكل، تستطيع الاستعانة بصديقتها وتتكلم معها وتنفس عن مشاعرها حتى لا تهرب من هذه المشاعر المؤلمة الى الأكل.

نشرة رقم (1) أسس عمل الجماعة:

1- المحافظة على السرية التامة.

2- المشاركة الفعالة داخل الجماعة.

3- الحق لكل مشاركة بتجاوز نقطة النقاش. أي لا تعلق أو تبدي رأيها حول نقطة معينة. The right to Pass

4- يمنع الأكل داخل الجلسة.

- المواظبة على حضور الجلسات وفي حال حدوث ما يستدعي التغيب الاتصال بالمرشدة على هاتف: ....

نشرة رقم (2) أهداف الجماعة:

1- الوعي بوجود علاقة بين سلوك الأكل والمشاعر.

2- تعلم كيفية التعامل مع المشاعر بطريقة صحية بدلاً من استخدام الأكل كوسيلة للتخلص من المشاعر المؤلمة.

نشرة رقم (3) الإجراءات التنظيمية المتعلقة بالبرنامج:

- سيتم عقد الجلسات لمدة (7) أسابيع بواقع جلستين أسبوعياً.
- مدة كل جلسة ساعتين، من الساعة (11) إلى الساعة (1).
- نريد العمل بفعالية على مشاعرنا داخل الجماعة.
- نريد فحص ومعايشة مشاعرنا حتى نتمكن من اكتشاف اننا نقوم بكبت وقمع مشاعرنا ، ولا نسمح لأنفسنا بالتعرف عليها أو التعبير عنها ثم سنقوم بإيجاد تأثير ذلك علينا.
- الواجب البيتي الذي سيطلب من كل مشاركة، هو ليس عبئاً إضافياً أو واجباً ثقيلاً بل هو أسلوب بسيط مساعد للاستفادة من البرنامج.

نشرة رقم (4) أساليب المعرفة:

هناك أسلوبان محتملان للتعلم:

الأول: مفاهيمي وهو التعلم النظري.

الثاني: خبراتي وهو التعلم بالتطبيق أو الممارسة.

مثال: تعلم السباحة

الأسلوب الأول وهو القراءة حول موضوع السباحة، والحديث مع الآخرين حوله، وحفظ أساليب السباحة نظرياً. تعتبر كل هذه الأساليب مفاهيمية لاكتساب التعلم. لكن الذهاب في رحلة الى البحر مثلاً يعتبر أسلوب خبراتي لتعلم السباحة. وفي هذه الجماعة سيتم التركيز على التعلم

الخبراتي. سيتم التركيز على اختبار المشاعر والأفكار وردود الفعل الجسمية داخل الجلسة. كما سيتم التركيز على طبيعة هذه الخبرات ومعناها وكيفية تأثيرها علينا وعلى حياتنا.

نشرة رقم (5): التعريف باضطرابات الأكل

يعرف دليل التشخيص الإحصائي الرابع والمعدل للاضطرابات النفسية DSMIV TR (2000)اضطرابات الأكل بالاضطرابات الشديدة في سلوك الأكل. وتنقسم هذه الاضطرابات إلى قسمين:

القسم الأول: ويتضمن كل من اضطراب إباء الطعام المعروف بالأنوريكسيا (Anorexia)، واضطراب شره الطعام المعروف بالبوليميا (Bulimia).

القسم الثاني ويتضمن اضطرابات الأكل غير المحددة (Eating disorders not otherwise specified) منها اضطراب الشراهة أو النهم (Binge- eating disorder).

المعايير التشخيصية للأنوريكسيا:

أ. رفض المحافظة على وزن الجسم في أدنى حدوده الطبيعية بالنسبة للسن والطول.

ب. الخوف الشديد من اكتساب الوزن أو من زيادة الوزن حتى ولو كان الفرد يعاني من نقصان الوزن.

ج. اضطراب في نظرة الشخص لجسمه أو لوزنه وتأثير ذلك على تقييمه لذاته. أو إنكار خطورة الإنخفاض في الوزن الحالي.

د. انقطاع الطمث لدى السيدات على الأقل (3) دورات متتالية.

المعايير التشخيصية للبوليميا:

أ. نوبات متكررة من الشراهة بالأكل. وتتصف النوبة بالصفتين التاليتين:

1- أكل خلال فترة قصيرة عادة لا تتجاوز الساعتين، كمية من الأكل تعتبر بالتأكيد أكبر مما قد يأكل معظم الناس تحت نفس الظروف.

2- الإحساس بفقدان السيطرة على الأكل خلال النوبة.

ب. مظاهر سلوك تعويضية غير ملائمة متكررة لمنع زيادة الوزن مثـل الاسـتفراغ أو استعمال المسهلات.

ج. يحدث سلوك الأكل الشره والسلوك التعويضي غير الملائم بمعدل مرتين في الأسبوع على الأقل ولمدة (3) أشهر.

د. يتأثر تقييم الذات بشكل الجسم ووزنه.

هـ. لا يحدث الاضطراب خلال نوبات الأنوريكسيا.

- **المعايير التشخيصية لاضطراب الشراهة:**

أ- نوبات متكررة من الأكل بشراهة، تتصف نوبة الأكل الشره بالصفات التالية:

1. الأكل بوقت محدد عادة خلال ساعتين كمية من الطعام تعتبر بالتأكيد أكبر مما يستطيع معظم الناس أكلها في نفس الوقت المحدد وتحت نفس الظروف.
2. إحساس بعدم السيطرة على الأكل خلال النوبة مثال: إحساس بأن الفرد لا يستطيع التوقف عن الأكل أو السيطرة على نوعية الأكل أو كميته.

ب-تترافق نوبات الشراهة مع ثلاثة أو أكثر من الصفات التالية:

1- الأكل بسرعة أكبر من الطبيعي.

2- الأكل حتى الشعور بعدم الارتياح.

3- أكل كميات كبيرة من الطعام دون الشعور بالجوع.

4- الأكل وحيداً بسبب الخجل من الكمية الكبيرة.

5- الشعور بالاشمئزاز من الذات، والاكتئاب، والشعور بالذنب بعد الأكل.

ج- الشعور بالكرب بسبب وجود الشراهة.

د-تحدث الشراهة بمعدل مرتين أسبوعياً ولمدة (6 أشهر) على الأقل.

هـ-لا ترتبط الشراهة مع الاستعمال المتكرر للسلوكات التعويضية غير المناسبة مثل الصوم وممارسة الرياضة المفرطة، ولا تحدث فقط خلال الأنوريكسيا أو البوليميا (DSMIVTR, 2000).

الواجب البيتي: دراسة حالة رقم (1)

المطلوب قراءة الحالة واكتشاف كيفية تأثير المشاعر على الشخص وعلى تفكيره وعلى سلوكه. ثم ستتم مناقشة الحالة في الجلسة القادمة.

أنهت جميلة عملها هذا اليوم وكانت تتطلع لقضاء أمسية هادئة مع زوجها وعائلتها في أحد المطاعم احتفالاً بالعيد . ولدى خروجها من العمل باتجاه سيارتها لاحظت أن سيارة أحد زملائها قد اصطفت بشكل عامودي على مسار سيارتين. فكرت جميلة أن هذا تصرف أناني، فمن حيث المبدأ، الفرد الذي لا يحترم حقوق الآخرين، ويأخذ أكثر من مكان له، يحتاج لأن يلقن درساً لن ينساه. هذه الفكرة أشعلت مشاعر الغضب لدى جميلة، فعادت إلى الشركة ودخلت منطقة الاستقبال لتقدم شكوى. تفاجأت بأن موظفة الاستقبال ليست موجودة فظنت أنه لا بد أنها قد رجعت لبيتها مبكرة، ولم تنتظر انتهاء وقت الدوام. مما زاد من شعور جميلة بالغضب، فأخذت ورقة وكتبت عليها ملاحظة وقحة لموظفة الاستقبال. وملاحظة أخرى جارحة لصاحب السيارة ووضعتها على شباك سيارته. كانت غاضبة جداً مما جرى في العمل فلم تستمتع بالأمسية وظلت شاردة الذهن معظم الوقت. باختصار كانت تشعر بعدم السعادة تلك الليلة بسبب المشاعر السلبية الغامرة التي أثرت عليها.

عندما عادت جميلة للعمل في اليوم التالي وجدت زملائها في مزاج حزين. تبين أنه البارحة وقبل خروجها من العمل أصيب أحد الزملاء وهو يرجع بسيارته للوراء محاولاً الخروج من موقف السيارات التابع للشركة بنوبة قلبية حادة وهو الآن في المستشفى. وركضت موظفة الاستقبال للاطمئنان على زميلها ووضعته في سيارة الإسعاف ثم ذهبت لإرجاع سيارته إلى مكانها الصحيح في الموقف، عند ذلك وجدت ملاحظة جميلة على شباك السيارة.

شعرت جميلة بالاستياء الشديد بسبب سلوكها العدواني عند مواجهة الموقف، وبسبب عدم تفكيرها بأنه ربما كان هناك مشكلة جعلت السيارة تصطف في منتصف الطريق. لقد أخذها بعض الوقت لفهم مشاعرها والتغلب على تأثير المشاعر السلبية على أفكارها.

الجلسة الثانية: الوعي الذاتي والتفريق بين الانفعالات والتفكير.

أهداف الجلسة:

1- أن تعرف المشاركات مفهوم الانفعالات.

2- أن تميز المشاركات بين الانفعالات والتفكير.

3- أن تعرف المشاركات تأثير الانفعالات على الأفكار والسلوكات.

4- أن تتعرف المشاركات على الأنواع العديدة من المشاعر.

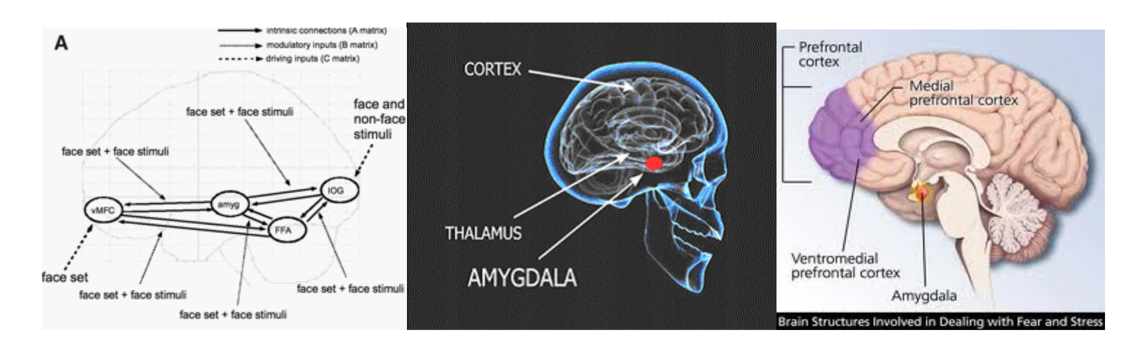
الأساليب والأدوات:

- الحوار والمناقشة، وطرح الأسئلة، والنشرات، ودراسة الحالة، وpower point.

الإجراءات
- بعد الترحيب بالمشاركات وشكرهن على الحضور، تبدأ المرشدة الجلسة بمناقشة الواجب البيتي. - تنتقل المرشدة لموضوع الانفعالات بسؤال المشاركات: لماذا تمر بك أوقات تعرفين فيها ما الذي يجب عليك عمله، وأنه لا يمكن عمل أي شيء مختلف؟ الجواب في عقلك. - تقوم المرشدة بتوزيع نشرة رقم (1) لتوضيح الفرق بين الانفعال والتفكير. - تناقش المرشدة المشاركات حول الاختلاف بين وصلات الدماغ وهو في حالة راحة وهو في حالة انفعال، وتوضح الممرات العصبية في الدماغ، وتناقش المشاركات بتفاصيل الإشارات التي يرسلها الدماغ. - توزع المرشدة نشرة رقم (2) التي تحتوي على دراسة ثلاث حالات. وذلك بعد أن تضع المرشدة أوراق عليها أرقام الحالات في سلة وتقسم المشاركات إلى مجموعات وتطلب من كل مجموعة أن تسحب رقم. تقوم المجموعة بمناقشة الحالة بعد قراءتها ثم تقوم بعرضها أمام الجميع. - بعد إعطاء المشاركات بعض الوقت لقراءة الحالات، تقوم المرشدة بمناقشة المشاركات حول تأثير الانفعالات على التفكير والسلوك. - تسأل المرشدة المشاركات: ما الذي جعل الطبيب يقفز إلى الماء دون أن يسأل عما يجري؟ وما الذي جعل والد هيفاء يطلق النار عليها؟ وما الذي يجعل جميل يقفز فزعاً؟ - إنها اللوزة! Amygdala مخزن لجميع انفعالات الإنسان.

- تقوم المرشدة بتلخيص ما سبق وتقول بأن الهدف من هذه الجلسة إيجاد العلاقة والربط بين الأجزاء المسؤولة عن الانفعال والأجزاء المسؤولة عن الأفكار في الدماغ. والوسيلة الوحيدة لعمل ذلك هو اختبار المشاعر. وهذا يتطلب تدريب خطوة بخطوة، فقد صممت هذه الجلسات لمساعدتكن على ذلك.
- توزع المرشدة نشرة رقم (3) وتتضمن قائمة بالانفعالات المختلفة.
- تطلب المرشدة من المشاركات تحديد الانفعالات الغالبة عليهن في العادة.
- تناقش المرشدة مع المشاركات طبيعة هذه الانفعالات وشدة الانفعال.
- توزع المرشدة الواجب البيتي، وتنهي الجلسة، بعد التلخيص والشكر.

نشرة رقم 1 :



صورة للدماغ وموقع اللوزة فيه وصورة اخرى توضح الفرق في اللوزة عندما يكون الفرد بحالة ارتياح وعندما يشعر بالخوف والاهتياج. وايضاً توضح الممرات العصبية التي توصل بين اللوزة ومنطقة التفكير في الدماغ.

تتكون اللوزة من مجموعة من التركيبات المترابطة اللوزية الشكل. فهي مخزن الذاكرة الانفعالية والحياة بدونها مجردة من أي معاني شخصية. فالانفعالات كلها تعتمد على اللوزة.ان دورها يشبه شركة الإنذار، فهي الحارس الذي يقوم بعملية مسح لكل المعلومات التي تصلنا فتبحث عن أي إشارة على وجود مشكلة ما. فإذا قيمت اللوزة أن هناك خطر ما يحدق بنا، فإنها تقوم بتنبيه العقل. فكأنها تضغط على زر الإنذار الأحمر الذي يسرع عملية تشغيل الأجزاء الرئيسية في المخ، وتطلق إفراز الهرمونات الجسدية المسؤولة عن الكر والفر، وتحشد مراكز الحركة، وتنشط الجهاز الدوري، والعضلات، والأمعاء. وهناك دوائر أخرى من اللوزة تطلق إشارة طوارئ لإفراز هرمون النورأدرينالين لدفع استجابة المناطق الأساسية من المخ بما فيها الأجزاء التي تجعل الحواس أكثر انتباهاً والمخ أكثر تأهباً. وإشارات أخرى من اللوزة تجعل

جذع المخ يثبت الوجه على تعبير الخوف وتجمد الحركات غير الضرورية التي قد تقوم بها العضلات وترفع من معدل ضربات القلب وضغط الدم وتبطئ من التنفس. وهناك أيضاً إشارات تثبت الانتباه على مصدر الخوف، وتجهز العضلات للاستجابة المناسبة له. وفي نفس الوقت تقوم أجهزة الذاكرة بالبحث عن أي معلومات تتعلق بموقف الطوارئ القائم وتجعل لها الأولوية على أية أفكار أخرى.

أما الممرات العصبية في الدماغ توضح الإشارات التي يرسلها الدماغ في لحظات الانفعال. يمكن أن نتخيل الأمر وكأن لنا دماغان: الأول: الدماغ العقلاني الذي يتحدث معنا بمنطق، ويمنعنا من التهور. والثاني: الدماغ الانفعالي الذي يلون قراراتنا أحياناً للأسوأ وأحياناً للأفضل، لكن في معظم الأحيان يزودنا بدافعية إيجابية. علينا وصل هذه الممرات بشكل أفضل ليصبح هناك توازن بين التفكير والانفعال لدينا وذلك عن طريق تنمية الذكاء الانفعالي لدينا.

وتلعب اللوزة دوراً رئيساً في التعرف على انفعالات الآخرين وتقييمها وتخزين الذكريات. إن الوصلات العصبية التي تصل بين مركز الأفكار واللوزة مركز الانفعال هي المسؤولة عن الكفاءة الانفعالية للشخص. وأي تلف في الوصلات سيؤثر سلباً على كفاءته الانفعالية، رغم أن قدراته العقلية ستبقى سليمة. بمعنى أنه يمكن لهذا الشخص أن يحصل على درجة مرتفعة في اختبارات الذكاء والقدرات العقلية الأخرى. لكنه في الحياة بشكل عام، سيفتقد إلى المهارة الإنسانية اللازمة لنجاحه في علاقاته مع الآخرين وفي تحفيز ذاته.

نشرة رقم (2):دراسة حالة:

يجب قراءة الحالات التالية وتقييم تأثير الانفعال على القرار الذي يتخذه الشخص.أي تأثير اللوزة على ردود الأفعال :

دراسة حالة رقم (1): هيفاء

هي حقاً مأساة ناتجة عن خطأ، فلم تفعل هيفاء البالغة من العمر (14) سنة شيئاً سوى أنها كانت تحاول ممازحة أبويها. فعند عودة أبويها إلى البيت ليلاً بعد زيارة لعائلة صديقة، خرجت هيفاء فجأة من الحمام وهي تصرخ "باخ"، ولم تفعل بعد ذلك شيئاً آخر. كان والداها في زيارة لعائلة صديقة، وهما يعتقدان أن ابنتهما هيفاء تقضي الليلة عند إحدى صديقاتها. لذلك عندما عاداً إلى المنزل، وسمع الرجل صوتاً صادراً من غرفة ابنته، توقع أن يكون لصاً فاحضر مسدسه وتوجه إلى غرفة ابنته للتفتيش، عندما قفزت الابنة من الحمام وهي تصرخ (بخ) أطلق

عليها الرصاص في رقبتها دون أن يفكر، أو حتى يسمع صوتها، فماتت هيفاء بعد اثني عشرة ساعة.

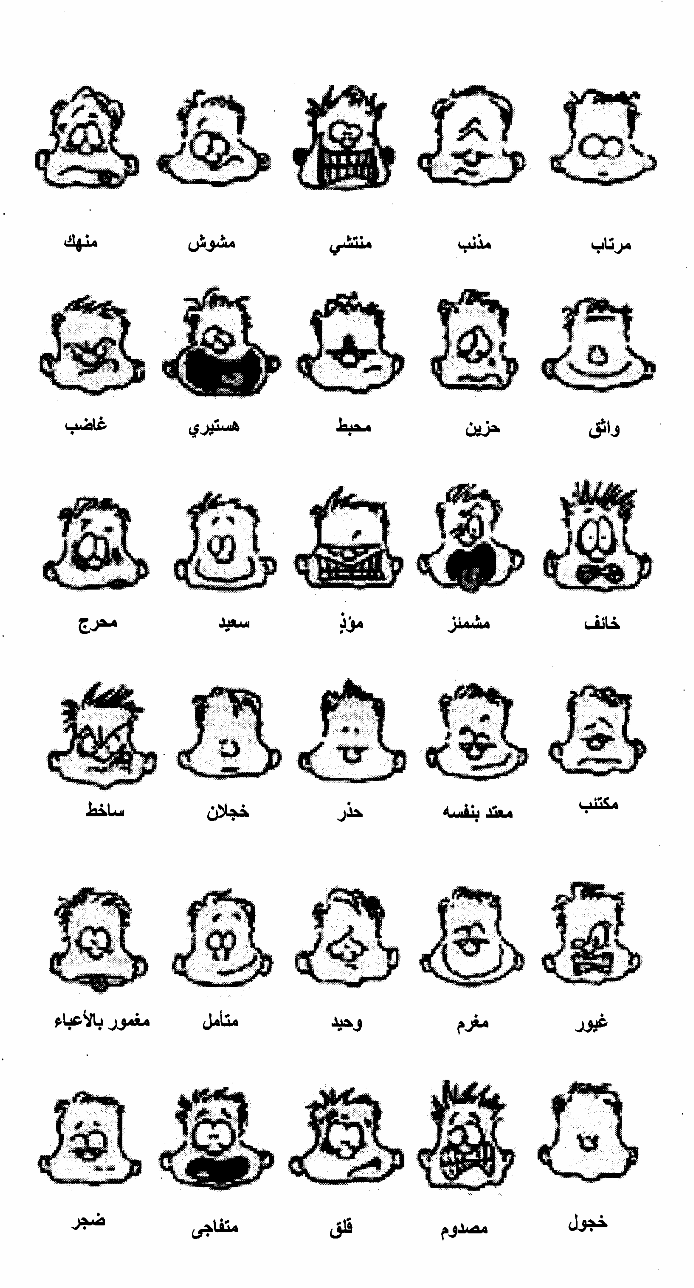
دراسة حالة (2) الطبيب:

كنت أقوم برحلة إلى إنجلترا فتناولت وجبة الغداء في أحد المقاهي المجاورة للقناة. وقررت بعد الغداء أن أتمشى قليلاً بجوار القناة. أثناء سيري على السلالم الحجرية باتجاه القناة، رأيت فجأة فتاة تحملق في المياه وكان وجهها مجمداً من الخوف وقبل أن أعرف السبب، قفزت إلى الماء بالمعطف وربطة العنق. وعرفت عند نزولي إلى الماء أن الفتاة كانت تنظر بخوف لطفل كان قد سقط في القناة. ولحسن الحظ استطعت إنقاذ الطفل.

دراسة حالة رقم (3) جميل:

كانت الساعة الثالثة فجراً عندما ارتطم شيء ضخم داخل السقف في ركن بعيد من حجرة نومي. وفي لحظة قفزت من فراشي ظناً بأن السقف بكامله سوف يسقط فوقي. وبعد أن شعرت بالأمان توجهت بحذر إلى داخل الغرفة لأتعرف على ما أحدث هذا الدمار. وعرفت أن ما ظننته انهيار السقف لم يكن سوى سقوط كومة من الصناديق رصتها زوجتي في هذا الركن في اليوم السابق حين كانت ترتب غرفة النوم. فوجدت السقف سليماً وكذلك أنا. وتبين أن قفزتي من الفراش وأنا نصف نائم والتي كانت لتنقذ حياتي لو كان السقف يقع بالفعل، كانت بسبب اللوزة التي دفعتني للعمل في حالة الطوارئ، وقبل عملية التعرف التام على الحدث، فاللوزة توفر الوقت في حالة الطوارئ حين تكون هناك حاجة لاستجابة فورية.

نشرة رقم (3) الانفعالات:



الواجب البيتي:

تطلب المرشدة من المشاركات تعبئة الجدول التالي لتبيان العلاقة بين الأفكار والانفعالات، وأيضاً لتبيان حدة الانفعالات في الحالات الطارئة التي تحتاج لاستجابة فورية، ثم ربط ذلك بالأحداث، والهدف زيادة فهم الانفعالات وتأثيرها علينا.

الحدث	الفكرة	الانفعال	حدة الانفعال (100-0)

الجلسة الثالثة: الوعي بالانفعالات وإدارة الانفعالات.

أهداف الجلسة:

1- أن تحدد المشاركات بدقة الانفعالات التي يشعرن بها الإيجابية منها والسلبية.

2- أن تحدد المشاركات درجة حاجتهن للسيطرة على انفعالاتهن.

3- أن تحدد المشاركات درجة قدرتهن على إدارة انفعالاتهن.

الأساليب والأدوات:

- الحوار والمناقشة، و طرح الأسئلة، والنشرات، و powerpoint .

الإجراءات

- بعد الترحيب بالمشاركات، تقوم المرشدة بتلخيص ما دار في الجلسة السابقة.
- تناقش المرشدة الواجب البيتي من خلال الحوار.
- تسأل المرشدة عن نظام الأصدقاء للتأكد من ان المشاركات قد بدأن بالتكلم معاً خارج الجلسات.
- تبدأ المرشدة موضوعاً جديداً بالطلب من المشاركات القيام بالنشاط رقم (1) .
- تناقش المرشدة المشاركات بالمعلومات التي توصلن إليها بعد النشاط.
- تؤكد المرشدة على أن هدفنا ليس الكمال بل أن تكون كل مشاركة مرتاحة مع نفسها كيفما كانت، وأن تنظر لنفسها بطريقة ذكية انفعالياً.
- تناقش المرشدة مع المشاركات النشرة رقم (1) التي تحدد الصفات الواجب تنميتها كي يصبح الفرد ذكي انفعالياً.
- تطلب المرشدة من المشاركات عمل نشاط رقم(2) .
- تناقش المرشدة المشاركات في النشاط.
- تناقش المرشدة مع المشاركات تسلسل الانفعالات كما وردت في النشرة رقم (2).
- تعطي المرشدة نشاط رقم (3) الذي يهدف إلى زيادة وعي المشاركات بانفعالاتهن ومدى حاجتهن للسيطرة عليها.
- تلخص المرشدة الجلسة، ثم تعطي الواجب البيتي، و تنهي الجلسة بعد الشكر.

نشاط رقم (1): الهدف: زيادة الوعي بالذات

اخلعي ساعتك عن معصمك وضعيها بجانبك لأنه عليك تحديد الوقت الذي تحتاجينه للقيام بهذا النشاط، لذا لا تبدأي قبل أن تحددي بدقة وقت البداية.

انظري إلى الساعة وابدأي الآن الجزء الأول من النشاط:

1-اكتبي أهم (10) نقاط ضعف أو سلبيات تشعرين أنها لديك:

-1

-2

-3

-4

-5

-6

-7

-8

-9

-10

انظري إلى الساعة مرة أخرى. كم كان الوقت؟ اكتبي الزمن ☐

الآن قومي بالجزء الثاني، وابدأي بتحديد الوقت.

2-اكتبي أهم 10 صفات جيدة أو نقاط قوة لديك

-1
-2
-3
-4
-5
-6
-7
-8
-9
-10

انظري إلى الساعة الآن. واكتبي الوقت. الزمن [ ] ماذا اكتشفت؟

1- اكتشفت أن الجزء الأول من النشاط أسهل من الجزء الثاني.

2- قد تكونين قد تمنيت أن يكون هناك متسع أكبر للجزء الأول. أما الجزء الثاني فقد كنت بحاجة للتفكير أكثر لكتابته.

3- يظهر الوقت الذي سجلتيه أنك احتجت وقتاً أطول لإكمال الجزء الثاني من النشاط.

ماذا تستنتجين من ذلك؟

- إنك شخص لديه الكثير من السلبيات لكن القليل من الحسنات.
- إن نظرتك لنفسك متشائمة، وإنك ربما تلجئين للكثير من النقد الذاتي، بكلمات أخرى أنت بحاجة للتدريب على الذكاء الانفعالي.

النشرة رقم (1):

لقد حدد العديد من علماء النفس الصفات التالية الواجب تنميتها كي يصبح الشخص ذكي انفعالياً:

1- الانفتاح على الخبرات: أي الحصول على فهم دقيق لخبراتك والقدرة على تقبل الواقع بما فيه مشاعرك. ويعتبر روجرز أن تكوني منفتحة على مشاعرك أمراً مهماً وحيوياً من أجل نموك الشخصي، لتصلي إلى تحقيق الذات وتنمي الذكاء الانفعالي لديك.

2- العيش في هنا والآن: ويؤكد هذا المفهوم على تقبل الماضي كما هو وعدم إضاعة الوقت في التفكير بأشياء حصلت ولا يمكن تغييرها، كذلك عدم التركيز على المستقبل الذي ما زال مجهولاً. هذا يعني أن نعيش في الحاضر لنعيش الخبرة ونتقبلها بشكل كامل.

3- الثقة بأنفسنا: أن نقوم بأعمال نشعر أنها صحيحة، طبعاً هذا لا يعني أن نرتكب جريمة قتل لمجرد أننا نشعر بأنها صحيحة. بل المقصود هو أن تثقي بحدسك الانفعالي لإرشادك للطريق الصحيح.

4- استعمال الحرية جيداً: نشعر بالحرية عند وجود العديد من الخيارات متاحة لنا. فالشخص الذكي انفعالياً والذي يعمل بكفاءة هو الذي يكتشف هذه الحرية ويكون مسؤول عن خياراته.

5- الإبداع: إذا كنت تشعرين بأنك حرة ومسؤولة، فستسلكين تبعاً لذلك وستشتركين في هذا العالم. قد يكون ذلك من خلال الإبداع في الفنون أو العلوم. ومن خلال الاهتمام الاجتماعي والحب الأبوي أو ببساطة من خلال القيام بأفضل ما لديك في عملك.

نشاط رقم (2):

انظري إلى النقاط الخمس المذكورة سابقاً وقيسي مقدار اعتقادك بأنك تملكين هذه الصفات: (صفر) أبداً، (10) كثيراً. اكتشفي: هل تملكين أساسيات الذكاء الانفعالي أم تحتاجين لتعلمها.

الصفات	مدى وجودها (0-10)
1- الإنفتاح على الخبرات	
2- العيش في هنا والآن	
3- الثقة بالنفس	
4- الحرية	
5- الإبداع	

نشرة رقم (2) السلسلة الانفعالية:

يمكن تقسيم العملية التي تؤدي إلى حدوث الانفعال إلى سلسلة من الخطوات (مع أنه عندما تكونين في وسط الخبرة ويحدث لديك انفعال قوي، لا تكونين عادة واعية له).

التقييم ← الإحساس ← التسمية← السلوك

1- التقييم: يحدث شيء ما، حولك أو داخلك تدركيها بطريقة ما وتعطيها قيمة ما سواء مهددة أو غيرها مما يسبب ردة فعل لديك. قد تكون ردة الفعل إيجابية أو سلبية وذلك حسب نوع التقييم. تحدث هذه المرحلة خارج عملية الوعي.

2- الإحساس: يقوم جسمك بردة فعل لا تكونين واعية لها في البداية. لكن إذا انتبهت ستلاحظين تغيرات جسمية. قد يبدأ قلبك بالخفقان بسرعة، ويحمر وجهك، ويقشعر بدنك، وتدمع عيناك، وتشعرين بغصة في حلقك أو وجع في معدتك. تعتبر كل هذه الأحاسيس الجسدية جزء من الخبرة الانفعالية. ومن المهم جداً ألا نخاف منها لأنها استجابة الجسم الطبيعية للبيئة.

3- التسمية: بمجرد أن تعي هذه التغيرات الجسمية، تقومين عادة بتسمية مشاعرك اي اعطاءها هوية تتلاءم مع نتيجة التقييم او ردة الفعل، مع أنك في كثير من الأحيان لا تعرفين بشكل واضح ما هي مشاعرك. قد تستعملين كلمات مثل أشعر بالضياع، أو أشعر بالضغط. المهم هنا هو أن تعي مشاعرك وخبراتك وتتحدثي عنها.

4- السلوك او التصرف: الاستجابة السلوكية المناسبة لتلبية الحاجة في الانفعال. فكل انفعال لديه استجابة سلوكية مناسبة مثال:

الانفعال: السلوك.

الخوف: الهروب او التجنب.

الغضب: المقاتلة لتلبية حاجاتك أو التأكيد على حدودك.

الخجل: الاختباء او الإبتعاد.

الحب: الارتباط مع شخص آخر، والتواصل معه.

قد يرافق السلوك فكرة واعية أو غير واعية. مثال: إذا كنت تقودين السيارة وقطع عليك الطريق سائق آخر، ستدوسين بشكل تلقائي على الفرامل بدون الفكرة الواعية بأنك خائفة. في معظم الأحيان قد لا نعي ما هي مشاعرنا ولماذا هي كذلك، لذا يعطينا السلوك أدلة على ماهية مشاعرنا.

نشاط رقم (3):تمرين بطلة أو خروفة

اكتبي موقفين شعرت بأحدهما أنك بطلة، وشعرت بالثاني أنك خروفة، وحددي في كل موقف الانفعالات التي شعرت بها من قائمة الوجوه:

بطلة	خروفة

الواجب البيتي: اكتبي مذكرات يومية مختصرة للجلسة القادمة، اذكري فيها:

1- ما أقوى انفعال شعرت به في ذلك اليوم؟

2- ماذا تسمي هذا الإنفعال (ارجعي الى القائمة)؟

3- هل الإنفعال مفاجىء أو مزاج متكرر؟

4- هل رافق الانفعال أحاسيس جسدية (رجفة، تعرق، خفقان بالقلب)؟

5- ما الظروف التي أدت إلى الانفعال (سبب الانفعال حدث داخلي أو خارجي) ؟

6- ما الأفكار التي فكرت بها؟ هل تتعلق بالماضي أو الحاضر أو المستقبل؟

7- هل قمت بسلوك ما أو شعرت أنه عليك القيام بشيء ما كردة فعل على هذا الانفعال؟

8- ما المعلومات التي يقدمها لك الانفعال (عن نفسك وعلاقاتك وتقدمك باتجاه هدفك)؟

9- هل كانت ردة فعلك مناسبة؟

10- إذا كان هناك شخص آخر معك كيف فسر استجابتك؟ (إذا كنت وحدك اسألي نفسك هذا السؤال):

11- هل أنت متأكدة بأن الشخص الآخر كان ينظر للأمور بنفس الطريقة التي تنظرين أنت فيها للأمور؟

فكري باستجابتك الانفعالية للموقف وحاولي فهم مشاعرك والتعرف على ما تحاول مشاعرك أن تقول لك:

هل تمشين وراء الانفعال؟

هل تحاولين فهم سبب الإنفعال؟

هل تحاولين توسيع نظرتك حول تغيير الإنفعال؟

الجلسة الرابعة :إدارة الذات

أهداف الجلسة:

1- أن تتعرف المشاركات على أنواع ردود الفعل الانفعالية.

2- أن تعبر المشاركات عن الانفعالات.

3- أن تتبين المشاركات كيفية تفادي الانفعالات أو كبتها.

الأساليب والأدوات:

الحوار والمناقشة، و طرح الأسئلة، والنشرات، ودراسة الحالة، و powerpoint.

الإجراءات

- بعد الترحيب بالمشاركات، تقوم المرشدة بتلخيص ما جرى في الجلسة السابقة.
- تناقش المرشدة الواجب البيتي من خلال الحوار.
- تعرف المرشدة المشاركات على انواع ردود الفعل الانفعالية الموجودة في النشرة رقم(1)
- تناقش المرشدة هذه الأنواع مع المشاركات.
- تعطي المرشدة أمثلة على كلا النوعين من الانفعالات. ثم تطلب من المشاركات القيام بنشاط رقم (1).
- توزع المرشدة النشرة رقم (2) وتشرح موضوع التعبير عن المشاعر.
- تناقش المرشدة مع المشاركات كيف أننا نتعلم منذ الطفولة كبت مشاعرنا من اجل إرضاء الآخرين. وكيف أن كبت هذه المشاعر هو الذي يؤدي لمشاكل سلوكية كثيرة منها اضطرابات الأكل.
- تطلب المرشدة من المشاركات القيام بنشاط رقم (2) لتعزيز مفهوم الهروب من الانفعالات التي تم شرحها في النشرة رقم (2).
- تعطي المرشدة المشاركات بعض الوقت لإنهاء النشاط رقم (2).
- تناقش المرشدة مع المشاركات هذا النشاط.
- تشرح المرشدة أهمية مواجهة المشاعر المؤلمة لنصل للمشاعر الإيجابية كما هو في النشرة رقم (3)
- تناقش المرشدة مع المشاركات محتوى النشرة، و دراسة الحالة الموجودة فيها.
- تلخص المرشدة ما جرى في الجلسة ثم توزع الواجب البيتي وتنهي الجلسة بشكر المشاركات على الحضور والمشاركة.

النشرة رقم (1) أنواع ردود الفعل الانفعالية:

1-الانفعالات الأولية Primary emotions

وهي أول مشاعر تشعرين بها كرد فعل لموقف ما. فالانفعالات الأولية هي ردود فعل اولية او استجابات اساسية يقوم بها الفرد نتيجة تعرضه لموقف ما يحدث معه الآن. فهي اول انفعال يستجيب به الفرد للمثير. فقد يشعر بالغضب نتيجة تعرضه لمخالفة سير، او بالحزن نتيجة تعرضه لخسارة ما، او بالخوف نتيجة تعرضه للتهديد.

تكمن اهمية هذه الانفعالات في المحافظة على بقاء الفرد وعلى حياته. فهي تحدث بسرعة وتختفي بسرعة لأنها ردة فعل لموقف يحدث الآن. ثم بعد التعامل مع الموقف تختفي هذه الانفعالات . وبعدما يتم التعامل مع الموقف أو عندما يختفي الموقف ستختفي الانفعالات أيضاً. تعتبر هذه الانفعالات المصدر الاساسي للذكاء الانفعالي. يحتاج الناس بشكل عام الى مساعدة وتدريب لاستخدام هذه الانفعالات كمرشد يمكن الاستفادة منه. فهذه الانفعالات تخبر الشخص من هو وما هي مشاعره الاساسية. فقد تكون مشاعر بسيطة مثل الغضب او مشاعر مركبة مثل الغيرة.

قد تكون الانفعالات الاولية غير تكيفية عندما يكون الجهاز الانفعالي للشخص معطل. هنا تكون الانفعالات صحيحة لكن غير صحية. عادة يندم الناس على وجود المشاعر غير التكيفية خاصة الغضب الذي قد يظهر لأسباب داخلية أو خارجية. يعتمد ظهور هذه الانفعالات على الخبرات السابقة. وقد تستمر مع الفرد لسنين طويلة بسبب جروح لم تداوى يغرق الفرد فيها بعجز وباسلوب لا يمكن تفسيره. فيسجن داخل هذه المشاعر السلبية ويحاول بياس الهرب منها. من الأمثلة على هذه المشاعر،(اشعر انه من الافضل لو اختفي عن الوجود، لا بد من وجود شيء خطأ داخلي، انا لست جيدة مثل الآخرين، لا فائدة مني).

2-الانفعالات الثانوية Secondary emotions:

الفرق بين الانفعالات الثانوية والأولية هو توقيت هذه الانفعالات وليس كيفية الشعور بها. فهي ردود فعل واستجابات على الانفعالات الأولية وقد تجعل الشخص لا يعي ردة فعله الأولية لأنها تغطي على المشاعر الاساسية الموجودة في داخله. مثال: قد يتعلم بعض الناس أن يشعروا بالخجل كلما شعروا بالغضب. ومع أن الغضب يحدث أولاً، إلا أن الشعور بالخجل يسيطر عليهم بسرعة. او قد يشعر الشخص بالإكتئاب. لكن الاكتئاب يخبىء تحته الشعور الاساسي وهو الغضب.

أمثلة أخرى: الاكتئاب لتغطية الغضب، والاستياء لتغطية الألم، والحزن لتغطية الغضب، والغضب لتغطية الغيرة أو الحزن، وعدم الاهتمام لتغطية الخوف.

يربي الأهل الأولاد في اغلب الاحيان على انهم اقوياء. لهذا يجدون صعوبة بالاعتراف بالشعور الاساسي وهو الخوف، وبدلاً منه يعبرون عن الغضب.اما النساء اللواتي كبرن وهن يعتقدن أن البنات يجب ألا يغضبن بل يجب عليهن الخنوع، يلجأن الى البكاء كلما شعرن بالغضب. لذا قد تجتمع الانفعالات الأولية والثانوية بعدة أساليب وذلك بناء على خبراتك السابقة.

يجد الناس عادة ان الانفعالات الثانوية تسبب لهم المشاكل فيحاولون التخلص منها. يأتي المسترشد الى العلاج من اجل التوقف عن الشعور بالاكتئاب او الاحباط او الغضب. لكن هذه الانفعالات لا تمثل الانفعالات الاولية للموقف بل هي اعراض لمشاعر لا يتعامل معها الشخص. تظهر الانفعالات الثانوية بسبب محاولات الفرد التحكم بالانفعالات الاولية. مثلاً قد نشعر بالقلق لتغطية الشعور بالغضب. او لأننا نشعر بالذنب من شعور الغضب . مما يعطينا شعور بالعجز، فنبدأ بالتذمر. قد تكون مشاعر بسيطة او معقدة. احيانا قد يقول الشخص ان لديه مشاعر تتعلق بمشاعر اخرى. فقد يشعر بالخوف من غضبه، او بالخجل من خوفه، او بالغضب من ضعفه. نجد انها مشاعر ثانوية لمشاعر اولية. المشاعر الأكثر شيوعاً لدى الناس شعور ثانوي بالقلق او الذنب لتغطية شعور اساسي وهو الغضب.

ولمعرفة ما إذا كانت مشاعرك أولية أو ثانوية، تحتاجين للانخراط في الخبرة، وتسألين نفسك، هل لديك مشاعر أخرى؟ وسيعطيك الانتباه للأفكار المرتبطة بالانفعال دليل آخر على ماهية مشاعرك. فإذا لاحظت مثلاً أنك تشعرين بالغضب، وأنت تقولين لنفسك إنه يجب أن لا تشعري بالألم لأن ذلك لن يساعدك على أية حال، فعلى الأغلب أن مشاعرك الأولية هي الألم.

3- الانفعالات الأدائية (الوسيلية): Instrumental emotions

يعبر الناس عن هذا النوع من الانفعالات لأنهم تعلموا أن الناس يستجيبون لهذه الانفعالات بطريقة معينة. وعلى الأغلب يستعمل الناس هذه الانفعالات دون أن يعوا المكاسب التي سيحصدونها مثل البنت التي تعلمت أنها عندما تبكي يصبح الناس أكثر لطفاً معها. لهذا فهي تستخدم البكاء بشكل أوتوماتيكي لاستدرار العطف والشفقة من الآخرين. كذلك الحزن الذي يعبر عنه الشخص بالتنهدات وبالنظرة المنكسرة ليحظى بالاهتمام والدعم لأنه يخاف أن يطلب من الآخرين الاهتمام والدعم، ويأمل أن تستجر تنهداته الاستجابة التي يحتاجها. وعندما يستخدم

الناس هذه التعبيرات بشكل متكرر دون وعي بما يفعلونه، سينتهي بهم الأمر بإبعاد الآخرين عنهم. وذلك لأن الآخرين يشعرون بأنه يتم التلاعب بهم. ويمكن القول أن هؤلاء الأشخاص يظهرون مشاعرهم بدلاً من الشعور بها وذلك بالتأكيد على استخدام المشاعر كأداة. لذا اعتبر البعض هذا النوع من الانفعالات شكل من أشكال التلاعب.

نشاط رقم (1):

أعطي أمثلة من أحداث في حياتك والانفعالات الأولية والثانوية والأدائية التي رافقت هذه الاحداث.

الحدث	ردة الفعل	الانفعالات الأولية	الانفعالات الثانوية	الانفعالات الأدائية

الملاحظة الذاتية ومراقبة الذات: طريقة للتعرف إذا كنا نكبت انفعالاتنا.

هناك اشارات تدلنا على عدم وعينا لإنفعالاتنا منها:

- هل هناك سلوكات تقومين بها بشكل دائم وتريدين التخلص منها؟
- هل تستعملين النقد الساخر في كثير من الأوقات؟
- هل تستعملين المزاح والضحك في غير مكانه؟
- هل تركزين على أخطاء الناس من حولك؟
- هل تصلين الى مواعيدك متأخرة دائماً؟
- هل تؤجلين أعمالك الى الغد بشكل دائم؟

النشرة رقم (2) تنظيم التعبير عن المشاعر:

إن التعبير عن الانفعالات مهم جداً لكنه قد لا يكون كافياً لتصحيح الأخطاء. فمن المهم جداً الانتباه إل نقطتين مهمتين:

1- مع من تقومين بالتعبير عن انفعالاتك.

2- متى تقومين بالتعبير عن انفعالاتك.

للأسف يجب ألا تتوقعي أن التعبير عن انفعالاتك سيؤدي إلى الاستجابة التي تحتاجينها. لهذا من المهم جداً أن تضعي انفعالاتك في إطارها الصحيح عن طريق الأخذ بالاعتبار الموقف المرافق وذلك كي تقرري أفضل طريق لتسلكيه.

تفادي الانفعالات أو كبتها أو إيقافها:

يتعلم معظمنا من خلال خبراتنا السابقة أنه علينا أن لا نشعر بما نشعر به، أو أن هذه المشاعر مخيفة جداً لدرجة يجب أن نحاول إيقافها أو منعها من الظهور. أحياناً يُقال للأطفال أن يتوقفوا عن الشعور بالحزن أو الغضب، أو أي انفعال قد يجد الآباء صعوبة في التعامل معه. هكذا نتعلم أن نمنع أنفسنا من الشعور بهذا الانفعال. وهذا يتم بأن نتوقف عن الشعور أو نبتعد عن الشعور، أو نشتت انتباهنا بأنشطة أو بحديث ذاتي. والمشكلة أنه في أكثر الأحيان لا يتم حل الانفعال الأساسي والشعور السيئ يبقى.

نشاط رقم (2)

القائمة التالية فيها العديد من الأسباب المحتملة لتفادي المشاعر وعدم التعبير عنها. ويليها في الجهة المقابلة أسباب الدخول في خبرة هذه المشاعر. أكملي هذه القائمة:

أسباب جيدة للهروب من المشاعر	أسباب جيدة لعدم الهروب من المشاعر
1- أخاف مما سيفكر به الناس الآخرين.	الآخرون لا يعرفون كيف يجب أن أشعر تجاه الأشياء أكثر مني. الانفعالات ببساطة موجودة.
2- أخاف من انفعالاتي.	الانفعالات نفسها لن تؤذيني المهم هو ماذا أفعل بها.
3-لا أريد أن أشغل نفسي بمشاعري	إنها موجودة على كل الأحوال وإذا لم أهتم بها

	ستبقى
4- لا أحب التعامل مع مشاعري لأنها تغمرني	إنها تغمرني لأنني لم أتعلم كيف انتبه لها وكيف أسيطر عليها.
5- أنا مرتاحة أكثر بدون المشاعر	إنها جزء مهم جداً من كينونتي وبالانتباه لها، سأقوم بخيارات أفضل.
6- المشاعر تأخذ مني الكثير من الطاقة	نحتاج لطاقة أكبر عندما نحاول أن نكبت هذه المشاعر لأنها تستمر بالظهور.
7-	
8-	
9-	
10-	

النشرة رقم (3) المشاعر المؤلمة تؤدي للمشاعر الإيجابية:

التركيز على المشاعر سيساعدك على التغيير يجب أن تصلي إلى مكان ما حتى تستطيعين تركه فيما بعد. أي أنه يجب أن تعي مشاعرك وتفهمينها وتشعري بها ثم تعترفي بها. بعد ذلك تستطيعين السيطرة عليها. عند ذلك فقط تستطيعين رمي هذه الانفعالات وراءك وتركها والمضي قدماً في حياتك. والمثال التالي يوضح ذلك.

مثال:

تخيلي أن هناك بنت صغيرة تريد أن تشعر بأنها محبوبة. تبحث عن هذا الحب عن طريق الذهاب إلى والدتها وتطلب منها أن تعانقها. ردة فعل الأم تكون باردة وتصرخ عليها بأنها مشغولة الآن وعلى البنت أن تذهب لتلعب وحدها. تشعر الفتاة بالألم والرفض ثم تشعر بالخجل من نفسها لأنها طلبت من والدتها العناق في البداية. تفكر أن هناك عيب ما فيها هي لهذا أبعدتها والدتها عنها، أو ربما كان الخطأ في أنها طلبت من والدتها أن تنتبه لها في الأصل. حاولت البنت أن تفهم هذه الأمور بأفضل طريقة ممكنة كانت تعرفها في ذلك الوقت، وتعلمت أنها يجب أن تخجل من حاجتها إلى الحب.

الآن تخيلي أن هذه البنت قد كبرت وفي داخلها إحساس بالخجل من نفسها. وهذا يجعل علاقاتها بالآخرين صعبة، لأنها دائماً تضع حاجات الآخرين قبل حاجاتها، وينتهي بها الأمر بأن تشعر بأن الكل يستغلها. انتقل شعورها بالخجل من ذاتها إلى جسدها فهي تكره شكلها وكيف تبدو وتشعر بأنها ستكون مقبولة أكثر إذا كانت نحيفة.

والآن اشتغلت هذه الفتاة على خجلها، وأمضت بعض الوقت لاستكشافه والشعور به، عندها ستجد أنه قبل الشعور بالخجل كان هناك حاجة أولية للحب تم كبحها وعدم تلبيتها. ثم تلى ذلك شعور بالحزن لأن هذه الحاجة لم تلب. عن طريق الحديث عن الشعور بالخجل واختباره سيحل الحزن الصحي محل الشعور بالخجل وستعيد اكتشاف حاجتها للشعور بأنها محبوبة. بعد ذلك تستطيع استخدام هذه المعلومة لتقوم بمعاملة نفسها بطريقة جيدة، ثم محاولة إيجاد أساليب جديدة لإقامة علاقات جيدة مع الآخرين.

الواجب البيتي: المعيق الذاتي self interrupter

المعيق الذاتي هو الحديث الذاتي الذي يجعلك توقفين بواسطته الشعور بانفعالاتك عندما تحدث. فقد تحدثين نفسك بألا تشعري بانفعالاتك عندما تحدث. أو ألا تشعري بشعور محدد مثل الحزن أو الغضب. أو تقولين لنفسك أن تتفادي هذا الانفعال بشكل تام. قد يجعلك المعيق الذاتي تتفادين انفعالاتك عن طريق تشتيتك بأفكار وأنشطة أخرى، فيقول لك بأنك غير قادرة على التعامل مع بعض أنواع الانفعالات التي لن يوافق عليها الآخرون. أو قد يقول لك إنه يجب ألا تشعري بمشاعرك هذه .

1- كيف يقوم المعيق الذاتي بإيقافك عن الشعور بانفعالاتك ؟ (هل يجعلك تشتتين انتباهك، أو يقول لك إن هذه المشاعر خطأ؟) كوني محددة.

2- كيف تشعرين عندما تستجيبين لما يمليه عليك المعيق الذاتي؟ (راحة، تشويش، ...) سم الانفعالات:

3- ما هي الفوائد التي ستجنيها من الاستجابة إلى المعيق الذاتي؟

4- ما هي مساوئ عدم الاستجابة إلى المعيق الذاتي؟

الجلسة الخامسة: ادارة الإنفعالات واستراتيجيات التهدئة.

أهداف الجلسة:

1- أن تتعلم المشاركات استراتيجيات التهدئة والسيطرة على الانفعالات.

2- أن تتعلم المشاركات اختيار الاستراتيجية المناسبة للموقف.

الأساليب والأدوات:

الحوار والمناقشة، وطرح الأسئلة، والنشرات، والتدريبات، و powerpoint.

الإجراءات

- بعد الترحيب بالمشاركات، تقوم المرشدة بتلخيص ما جرى في الجلسة السابقة، ثم تناقش الواجب البيتي.
- في هذه المرحلة تتأكد المرشدة من أن التواصل يسود بين المشاركات قبل البدأ بهذه الجلسة.

- توزع المرشد النشرة رقم (1) بعد أن توضح للسيدات أن هدف استراتيجيات التهدئة هو إدارة الانفعالات والتحكم بها. ونستخدم هذه الاستراتيجيات عند مواجهة مواقف ضاغطة أو مشاعر مؤلمة وشديدة. لكن علينا التدرب عليها حتى نستطيع استخدامها في المواقف الضاغطة للتحكم بانفعالاتنا وبالتالي لنسلك السلوك الذي نرغب به.

-تدرب المرشدة المشاركات على كل استراتيجية على حدة وتطلب من جميع المشاركات التدرب معها خلال الجلسة.

- تطلب المرشدة من المشاركات تحديد الاستراتيجية التي تناسب كل منهن أكثر من غيرها.

- تلخص المرشدة ما دار في الجلسة.

- تطلب المرشدة من المشاركات كواجب بيتي التدرب على استخدام استراتيجيات التهدئة في المواقف التي ستتعرض لها خلال الفترة القادمة وحتى موعد الجلسة القادمة وكتابة تقرير حول ذلك.

- تنهي المرشدة الجلسة بعد شكر المشاركات على الحضور والتفاعل.

نشرة رقم (1) استراتيجيات التهدئة وإدارة الانفعالات:

والآن سنتحدث عن بعض استراتيجيات التهدئة وإدارة الانفعالات التي يمكن أن تساعد في التعامل مع المشاعر المؤلمة. فعندما تشعرين بأنك مثقلة بالمشاعر المؤلمة والسلبية أو حتى عندما تشعرين بالضيق تستطيعين القيام بها فتؤدي إلى تهدئتك. بعد ذلك تستطيعين التفكير بأسلوب جيد ومن ثم السلوك بأسلوب مناسب يكون في مصلحتك. تحتاج جميع هذه الاستراتيجيات الى التدريب. تعتبر فكرة جيدة أن تتدربي عليها جميعها عندما لا تشعرين بالكرب أو الضغط. هكذا تستطيعين القيام بها بشكل أسهل عند مواجهتك مشاعر قوية أو مؤلمة.(يتم توضيح التدريب وممارسته من قبل المشاركات داخل الجلسة مع قيام المرشدة بإعطاء التعليمات وتوضيح كيف يتم شد العضلة وإرخاؤها).

1-التنفس مع استعمال (س)

خذي نفس عميق ثم اخرجي هواء الزفير وأنت تقولين حرف (س) (حاولي أخذ الشهيق والزفير من أنفك) . إن هذا الصوت (صوت س) يقوم بتقوية الحجاب الحاجز عن طريق زيادة وعيك بالزفير. قومي بقول حرف (س) في كل مرة تخرجين فيها الزفير. واستمري بذلك قدر استطاعتك.

بعد أن تتعبي ولا يعود بمقدورك الاستمرار أوقفي صوت (س) ولاحظي الفرق في التنفس. يجب أن تبدأي بشعور كيف يدخل النفس إلى رئتيك. قد يحصل لديك ردة فعل على التنفس مثل: التثاؤب، أو نزول الدمع من العين، أو أحياناً قد لا تشعرين بشيء. مع التدريب سيساعدك التمرين على تحسين انفعالاتك والشعور بشكل أفضل.

2-التنفس العميق:

هذا النوع من التنفس سيساعدك على تنظيم نفسك وأنت تواجهين مشاعرك. ضعي إحدى يديك على صدرك وضعي يدك الأخرى على بطنك تحت السرة مباشرة! وخذي نفس عميق يملأ صدرك وينزل إلى بطنك. وهكذا ينتفخ بطنك بالهواء وتتحرك يدك إلى الأعلى. ثم أخرجي الهواء واسمحي لبطنك بالعودة إلى طبيعته. خذي النفس العميق كل مرة. يجب أن تتحرك يدك الموجودة على صدرك. بعد أن تشعري بالراحة عند استعمال هذا الأسلوب في التنفس، حاولي أن تتنفسي ببطء أكثر ولكن بعمق دائماً. فقد تأخذين الشهيق ثم بعد أن تخرجي الزفير توقفي لبرهة ثم خذي شهيق مرة أخرى. في البداية قد تشعرين بضيق في النفس لكن مع الممارسة المستمرة وبمعدل بطيء ستشعرين براحة كبيرة.

من المفيد أن تقومي بالعد إلى الرقم (3) عندما تأخذين الشهيق ثم تتوقفين ثم تخرجين الهواء وأنت تعدين إلى الرقم (3). قد تستعملين أي رقم تشعرين أنه مريح بالنسبة إليك (2–4).

سيساعدك القيام بالعد على التركيز على التنفس بدون أن تدخل أية أفكار إلى عقلك. إذا شعرت بأن الأفكار بدأت تدخل إلى عقلك اطرديها وركزي انتباهك مرة أخرى على التنفس والعد. إذا قمت بممارسة هذه الاستراتيجية لمدة (10) دقائق مرتين يومياً ستبدئين بتقوية عضلة الحجاب الحاجز وعندها فقط ستشعرين بالراحة.

3–الاسترخاء التدريجي: Systematic relaxation

يجد بعض الناس الاسترخاء التدريجي المتسلسل مفيد جداً في حالة القلق أو الأرق. قومي بالتدريج وبشكل منظم بقبض عضلات معينة لتتوتر ثم ارخيها. قومي بشد ثم إرخاء العضلات بالتدريج بدءاً من أصابع الرجلين، والرجلين، والفخذين، والمؤخرة، والبطن، والصدر، والكتفين، والأذرع، واليدين، والأصابع، والرقبة، والرأس، والجبين والأعين، والحواجب والخدود والفك.

4–البقاء على الأرض (التماسك): Grounding through contact

عندما تكون مشاعرك شديدة وغامرة، قد يكون من المفيد أن تنظري حولك في الغرفة ثم ابدأي بتسمية الأشياء. تكلمي مع نفسك أو مع أي شخص آخر، وقولي إنك على وعي بأن قدميك على الأرض وأنه لن يحدث لك أي شيء سيئ وأنت تشعرين بهذه المشاعر. ثم بلطف اسمحي لنفسك أن ترجعي إلى هذه المشاعر. أحياناً، إن مجرد تحريك جسمك عندما تشعرين بالشلل بسبب المشاعر الغامرة سيغير من تأثير هذه المشاعر على جسمك. قد لا يبعد تفكيرك عن الشعور لكنه سيساعدك في التقليل من شدته.

5–وضع الأفكار جانباً: Setting aside thoughts

عندما يصبح من الصعب التعامل مع المشاعر، يمكنك أن تتعلمي وضع مسافة بينك وبينها بأن تقولي لنفسك بلطف: "إن المشاعر تغمرني، ولا أستطيع التعامل معها الآن، لهذا سآخذ خطوة بعيداً عنها: "حاولي تخيل وضع الانفعال أو الموقف على الرف في مكان تستطيعين رؤيته ثم عدي نفسك بأنك ستعودين للتعامل معه في وقت لاحق.

6-استعمال الذاكرة لتغيير الانفعالات:

هناك طريقة أخرى يمكن استعمالها لنشعر بتحسن في لحظة الانفعال، هي تغيير مشاعرنا. وذلك بأن تتذكري شيء من ماضيك كان يعطيك شعوراً جيداً. كوني مبدعة واستعملي مخيلتك، وخذي وقتك لتتخيلي نفسك وأنت تتذكرين شيئاً إيجابياً من ذاكرتك، تذكري التفاصيل وحاولي الشعور بالمشاعر المرافقة للذكرى.

7-تخيل مكان آمن:

تخيلي مكاناً تشعرين فيه بالأمان والراحة والتقبل. قد يكون مكان من ماضيك، أو مكان قمت بزيارته ، أو مكان في خيالك. اقضي بعض الوقت فيه وانظري حولك ولاحظي: ما تراه عيناك، وما تسمعينه، وما تشمينه، وما تشعرين به. ما الذي ترينه وأنت تنظرين حولك؟ هل هو في الطبيعة أو في داخل مكان؟ هل المكان بارد أم دافئ؟ ماذا تلبسين؟ كيف تشعرين بالأرض تحت قدميك؟ ماذا تريدين أن تعملي في هذا المكان؟ هل تريدين الجلوس، أو النوم ، أو الركض أو المشي أو الرقص؟ كيف هي رائحة الهواء؟ قد تشمين رائحة ورد أو رائحة نظيفة؟ هل تشعرين بالشمس عليك أو بالهواء البارد؟ مهما كان استمتعي به. كيف تشعرين وأنت في هذا المكان؟ قد تشعرين بالسعادة أو السلام أو الاكتفاء؟ وقد تشعرين بالراحة أو التفاؤل أو الطاقة؟ فقط لاحظي وانتبهي إلى كل ما يخطر ببالك.

الواجب البيتي:

تدربي على الاستراتيجيات السابقة. اختاري الاستراتيجيات التي تناسبك وتدربي على استخدامها، ثم اكتبي الاستراتيجية والموقف الذي استخدمتها فيه.

الموقف	الاستراتيجية

الجلستان السادسة والسابعة: توضيح العلاقة بين الأفكار السلبية حول الذات (التشويهات المعرفية) واضطراب الأكل.

أهداف الجلسة:

1. أن تعرف المشاركات الأفكار السلبية التي يحملنها.
2. أن تكتشف المشاركات الحديث الذاتي السلبي الذي يدور بينهن وبين أنفسهن.
3. أن تميز المشاركات الاعتقادات الموجودة لديهن والتي تصاحب المشاعر المؤلمة.
4. أن تحدد المشاركات حدة المشاعر المرافقة لهذه الأفكار.
5. أن تتعرف المشاركات على الذات الناقدة بداخلهن.

الأساليب والأدوات:

المناقشة والحوار، وطرح الأسئلة، والنشرات، ودراسة الحالة، والأنشطة، والكراسي، و powerpoint.

الإجراءات
– بعد الترحيب بالمشاركات، تبدأ المرشدة الجلسة بتلخيص ما دار في الجلسة السابقة.
– تناقش المرشدة الواجب البيتي من خلال الحوار.
– تطرح المرشدة أسئلة لتوضيح المقصود بالأفكار السلبية، فتسأل المرشدة: ما هي برأيكن الأفكار السلبية بشكل عام؟
– ثم تطلب من المشاركات إعطاء أمثلة.
–تحاول المرشدة توضيح أنماط التفكير، ثم تركز على أنماط التفكير غير الصحي.
– تعطي المرشدة نشاط رقم (1) للسيدات وهو عبارة عن استبانة توضح أنماط التفكير غير الصحي. ثم تطلب من المشاركات تعبئتها.
– تعطي المرشدة للسيدات النشرة رقم (1) والتي توضح تفاصيل هذه الأنماط.
– تطلب المرشدة من كل مشاركة أن تحدد نمط التفكير الموجود لديها.
–تفتح المرشدة الباب للمناقشة بعد أن تشرح تفاصيل كل نمط.
–تطلب المرشدة من كل مشاركة تعبئة نشاط رقم (2) لتحديد حدة المشاعر المرافقة لهذا الأسلوب غير الصحي.

-تطلب المرشدة من المشاركات الرجوع إلى قائمة الانفعالات في الملف والحديث عن مشاعرهن عندما يفكرن بالأسلوب غير الصحي.

-تشرح المرشدة للسيدات لعبة حوار الكرسيين Two chair dialogue وذلك للبدء بلعبها.

-تبدأ المرشدة اللعبة بأن تطلب من المشاركات التطوع للبدء باللعبة، حتى يأتي الدور على كل المشاركات.

-تلخص المرشدة الجلسة، ثم تقدم الواجب البيتي وتنهي الجلسة بعد الشكر.

نشاط رقم (1) استبانة التفكير غير الصحي

اقرأي العبارات التالية وحددي مدى موافقتك عليها بالنسبة إليك أي: هل تنطبق عليك هذه العبارة:

	1.	**أرى الأمور إما بيضاء أو سوداء.**
	2.	**أميل إلى أن أجعل من الحبة قبة.**
	3.	**غالباً ما آخذ الأمور بشكل شخصي.**
	4.	**يبدو أن خيبات الأمل في الماضي تتنبأ بالمستقبل.**
	5.	**إن ما أشعر به أهم من الحقائق.**
	6.	**أعتقد أن الناس غالباً ما يبالغون في مشكلاتهم، ويجب عليهم أن يتجاوزوها.**
	7.	**يوجد مكان لكل شيء، وكل شيء يجب أن يكون في مكانه.**
	8.	**إن الكثير من الأشياء تبدو قضايا كبيرة جداً.**
	9.	**الشعور برضا الآخرين مهم جداً.**
	10.	**إنني متأكدة من أن الأمور لن تتحسن.**
	11.	**لا يمكنني أن أصدق أنني محبوبة ما لم أشعر بذلك.**
	12.	**تقريباً يمكنني التعامل مع أي مشكلة تعترضني، ولا أحتاج للكثير من الدعم من الآخرين.**
	13.	**من المهم لي أن أقوم بالعمل الذي بين يدي بكمال ومثالية.**
	14.	**يبدو أنني أبالغ في رد فعلي إزاء المنغصات الصغيرة نسبياً.**
	15.	**إذا كان أحد أفراد عائلتي متضايقاً فلا بد أنني جزء من سبب ضيقه.**
	16.	**أميل إلى شطب الأشخاص من حياتي إذا سببوا لي الألم أو خيبة الأمل.**
	17.	**إذا شعرت أنني غير محبوب، فذلك لعدم وجود أحد يحبني.**
	18.	**لا يوجد سبب للشعور بالغضب أو الانفعال إلى حد كبير.**

والآن ألق نظرة على كل عبارة من العبارات التي تنطبق عليك. في الجدول التالي ستجدين أرقام العبارات التي تندرج تحت (6) من أنماط التفكير غير الصحي الأكثر شيوعاً. جدي الفقرات التي وافقت عليها، ثم حددي أي نمط من أنماط التفكير تنطبق عليك.

التفكير القطبي	التضخيم	الشخصنة
1، 7، 13	**2، 8، 14**	**3، 9، 15**
أنت:	....	....
التعميم	**الاستدلال الانفعالي**	**التصغير**
4، 10، 16	**5، 11، 17**	**6، 12، 18**
أنت:	....	....

نشرة رقم (1) أنواع التفكير غير الصحي والتي تعرف بالتشويهات المعرفية:

هناك (6) أشكال:

التفكير القطبي، والتضخيم، والشخصنة، والتعميم، والاستدلال الانفعالي، والتصغير.

اقرأي هذه الأنواع ثم أعط أمثلة أخرى بالإضافة إلى تلك الموجودة من حياتك وخبراتك الخاصة.

تفسير أنماط التفكير غير الصحي:

1-**التفكير القطبي:** نمط من التفكير المثالي الذي يرى أن هناك طريقة واحدة فقط للقيام بأمر ما، فالحياة إما كل شيء أو لا شيء، وكل شيء إما صواب أو خطأ، أبيض أو أسود، والعالم يبدو أنه حقائق مطلقة. إن ذوي التفكير القطبي يحكمون على أدائهم وعلى أداء الآخرين على أساس معاييرهم الخاصة المستحيلة. وعندما لا يحققون أفكارهم المثالية من المحتمل أن يعانوا من الغضب واليأس. فهم يميلون إلى التركيز على ما هو خاطئ بدلاً مما هو صحيح ويعتنقون قواعد صارمة لتقييم الحياة. حتى عند نجاحهم لا يعبرون عن الكثير من الفرح لأن النجاح كان متوقعاً.

<u>الواقع</u>: بعض الأمور تكون إما بيضاء أو سوداء، لكن الكثير من الأمور تكون بدرجات مختلفة من اللون الرمادي. ربما ينبغي تعريف الأماكن الوسطية بالنسبة للكثير من الأمور وتقبلها.

التفكير الخاطئ	الاستجابة الأقرب إلى الصحة
1-إذا لم يتم الأمر بهذه الطريقة فلن ينجح.	طريقتي ليست الطريقة الوحيدة، يمكن أن تكون طرق الآخرين مفيدة ايضاً.
2-كيف أعرف أني فاشلة.	2-عملي لم يكن كاملاً لكنه كان جيداً وأستطيع تحسينه إذا أردت ذلك.
3-	3-
4-	4-

2-الشخصنة: يعتقد الشخص أن أحداث الحياة ترتبط به بشكل مباشر مما يضع عليه ضغوطاً نفسية لا ضرورة لها. يفكر دائماً "أن الخطأ خطئي، فالجميع يرفضونني لأنني شخص لا يطاق". يتصف هذا الشخص بالمزاجية وسرعة الغضب والحساسية الزائدة. فهو يلوم نفسه على كل شيء والسبب عدم الشعور بالأمان والشعور بإدانة الذات.

الواقع: نحن لسنا المستهدفين في كل ما يحدث لنا ولسنا سبباً فيه. إن ما يحدث أحياناً ليست له علاقة بنا، أو ربما يكون خاصاً بالشخص الذي قام به.

التفكير الخاطئ	الاستجابة الأقرب إلى الصحة
1-أنا متأكدة أنه خطأي	1- ربما كنت سبباً في المشكلة، لكن علي الحصول على مزيد من المعلومات قبل أن أتحمل كامل المسؤولية.
2-لا أستطيع أن أفعل أي شيء بطريقة صحيحة.	2- افعل معظم الأشياء بطريقة صحيحة لكن عيوني ليس فيها أشعة لأعرف إذا كان اللحم قد نضج.
3-	3-
4-	4-

3-التعميم: يؤمن هذا الشخص بأن أحداث الماضي تتنبأ دائماً بالمستقبل. فما حدث في السابق سوف يحدث حتماً ثانية. وجهة النظر هذه حاسمة ولا تميز الأمور كما ينبغي. فهو نمط هادم للذات ويمنع الثقة فهو يعتقد أن لا شيء سيتغير بما في ذلك الأشخاص لذا لا يقوم بمبادرات ولا يرى نتيجة من العمل فهو متشائم.

<u>الواقع</u>: ليس من الضروري أن ما حدث في السابق سوف يحدث ثانية. يمكن أن تكون الأمور مختلفة، بل، ربما تكون أفضل رغم أنها قد تحتاج إلى بعض الجهد حتى تتغير.

التفكير الخاطئ	الاستجابة الأقرب إلى الصحة
1–لن أستطيع أبداً أن أخسر من وزني.	1–كما قررت أن آكل، أستطيع أن أقرر أن أخفف كمية أكلي.
2–توقعت أن تتم معاملتي بهذه الطريقة السيئة.	2–لقد شعرت بالألم، ويجب أن أقول له ذلك.
3–	3–
4–	4–

4–التضخيم: الميل إلى تضخيم الأشياء حتى يبدو كل شيء وكأنه كارثة، قد يكون الشخص سريع التقلب بين الغضب وعدم الرحمة وإدانة الذات. يغمره الخوف أو رثاء الذات. قد يراه الآخرون بأنه منشغل بنفسه، وتستحوذ عليه أزماته الخاصة، كثير الشكوى ومبالغ في ردود أفعاله. يستعمل كلمات مثل: لقد فات الأوان، أبداً، كارثة، حطام، أسوأ شيء، رهيب، لا يمكن إصلاحه.

<u>الواقع</u>: إن الحبة ليست قبة، فليس كل شيء أمر خطير، أحياناً يعاملنا الناس بصورة سيئة، لكن ليس دائماً. أحياناً نقوم ببعض الأمور بطريقة خاطئة لكن ليس في كل شيء.

التفكير الخاطئ	الاستجابة الأقرب إلى الصحة
1– لقد ضاع كل شيء.	1–هذا الموقف ليس جيداً ولكن يمكنني أن أتجاوزه
2– إن هذه طريقة رائعة لإفساد هذا اليوم.	2–هذه الأمور تحدث، إنه مجرد كوب قهوة.
3–	3–
4–	4–

5–التصغير: يقول هؤلاء الأشخاص "الأمر غير مهم حقاً فهم يقللون من شأن الألم الانفعالي، وينكرون المشاعر المرتبطة بأحداث الحياة الكبيرة أو المسائل الضخمة. فهم لا يعبرون عن مشاعرهم، ويتوقعون من الآخرين عدم التعبير عن المشاعر. يجدون صعوبة في اختبار الانفعالات ما عدا الغضب. فهم ينكرون وجود مشاكل في حياتهم ويبذلون جهداً كبيراً في وضع واجهة جميلة لكل شيء. ويظهرون عدم الصبر نحو الآخرين الذين يظهرون مشاعرهم.

<u>الواقع</u>: بعض أحداث الحياة تكون كبيرة حقاً وتستحق منا استجابة انفعالية أو سلوكية لها دلالتها. فالشعور بالألم يحتاج للمواساة.

التفكير الخاطئ	الاستجابة الأقرب إلى الصحة
1- سأكون بخير ولن احزن مع أنني لم أحصل على الترقية التي استحقها.	1- لقد عملت جاهداً للحصول على الترقية، فلو أنني حصلت عليها لأبدعت في العمل.
2- ما المشكلة الكبيرة! لماذا أنت منزعج الى هذا الحد؟	2- زوجي يشعر بالألم ولا أريد له أن يتألم.
3-	3-
4-	4-

6-الاستدلال الانفعالي: يشير هذا النمط إلى عبارة: "إذا شعرت بأمر ما فلا بد أنه حقيقي". فهذا الشخص يضع المشاعر في نفس مستوى الحقائق، وبالتالي تختلط المشاعر والأفكار والحقائق فتشوه الحقيقة. قد تقول الزوجة: "لا أشعر أنك تهتم". وتقصد بذلك بما أنها لا تشعر بالاهتمام بغض النظر عما يقول الزوج أو عما يفعل فهو بنظرها لا يهتم.

<u>الواقع</u>: رغم أني شعرت به فقد لا يكون حقيقياً. إن المشاعر تبقى مشاعر وليست حقائق. عندما أقول "أشعر بأن....." فأنا أعبر عن فكرة. وقد يكون لدي مشاعر مهمة مثل الشعور بالألم والخوف أو الغضب. إذا كان الأمر كذلك يجب أن أتعرف على ماهية مشاعري ثم التعبير عنها.

التفكير الخاطئ	الاستجابة الأقرب إلى الصحة
1- هذا ما أشعر به.	1- مشاعري مهمة لكنها قد لا تعكس الواقع.
2- أعرف بأنه لم يذهب الى المكان الذي قال أنه سيذهب إليه.	2- أنا أشعر بالقلق وأحتاج لإستعادة الطمأنينة، ثم البحث عن المعلومات والحقائق.
3-	3-
4-	4-

نشاط رقم (2) المشاعر المرافقة للتفكير غير الصحي:

بعد أن حددت أنماط التفكير غير الصحي لديك اكتبي كل فكرة مع شعورك عندما تراودك هذه الفكرة غير الصحية ثم حددي حدة المشاعر لديك عندما تراودك هذه الفكرة.

الموقف	**الفكرة**	**المشاعر**	**حدة المشاعر (10-0)**

نشاط رقم (3) : لعبة حوار الكرسيين

داخل كل منا صوت داخلي ناقد نستجيب له. وهذا الصوت مهم جداً يجب التعرف عليه خاصة لدى المشاركات اللواتي يعانين من اضطرابات الأكل. يقوم هذا الصوت بوضع قوانين ومطالب وينتقد الذات بأسلوب قاسي إذا لم تنصاع لقوانينه.

من الامثلة على الصوت الناقد الدائرة السلبية لصورة الذات. فالمشاركة التي تدخل هذه الدائرة تظن أن النحافة هي الوسيلة الوحيدة للوصول لمشاعر جيدة. لذا تصبح ناقدة لذاتها وتوبخ ذاتها إذا لم تصل للنحافة التي تراها مناسبة. فتصبح النحافة هي المقياس الذي تقيس به السيطرة على الذات وقيمة الذات.

لهذا نطلب من المشاركة ان تجلس على الكرسي وان تتخيل الصوت الناقد الموجود في داخلها جالساً على الكرسي الثاني. ثم نطلب منها ان تتحاور معه، وان تقول له كل الامور التي تزعجها وكل الانفعالات التي تختنق عادة بها. عندها فقط ستستطيع سماعه بطريقة جديدة وبأسلوب انفعالي مباشر.

إن معالجة المشاعر الناتجة عن هذه المحادثة سيكون لها تأثير قوي على تليين هذا الصوت القاسي وتغيير الحوار الذاتي الذي يكره الجسد.

الواجب البيتي: تلخيص النقد الذاتي

1- ما هي الانتقادات، والتوقعات، والوجوبيات التي تسمعينها من الناقدة الذاتية؟ كوني محددة:

2- ما هي مشاعرك عند الاستجابة للرسائل من الذات الناقدة؟ سمي هذه المشاعر:

3- ما هي حاجاتك وطلباتك من هذه الانفعالات؟

4- كيف يمكنك أنت وذاتك الناقدة الاستماع لبعض وفهم بعض (مثال: التفاوض أو التنازل) من أجل تلبية الحاجات؟

الجلسة الثامنة: الوعي الذاتي بالحاجات العلاقاتية وعلاقتها باضطراب الأكل.

أهداف الجلسة:

1. أن تتعرف المشاركات على حاجاتهن العلاقاتية.
2. أن تتعرف المشاركات على الحاجات لبعضهن البعض.
3. أن تحدد المشاركات أولويات هذه الحاجات.
4. أن تكتشف المشاركات أسباب عدم تلبية هذه الحاجات في الطفولة.
5. أن تربط المشاركات بين عدم تلبية الحاجات في الطفولة وعدم القدرة على التعبير الانفعالي.

الأساليب والأدوات:

الحوار والمناقشة، وطرح الأسئلة، والنشرات، و powerpoint.

<u>الإجراءات</u>

-بعد الترحيب بالمشاركات، تبدأ المرشدة الجلسة بتلخيص ما دار في الجلسة السابقة.

- تناقش المرشدة الواجب البيتي من خلال الحوار.

- تبدأ المرشدة بالتذكير باستبانة الحاجات العلاقاتية التي قامت المشاركات بتعبئتها في الجلسة التمهيدية وتوزع النشرة رقم (1) التي تفسر الحاجات العشرة.

- تقوم المرشدة بعمل نشاط رقم (1) مع المشاركات.

- تطلب المرشدة من كل مشاركة أن تذكر أهم (3) حاجات لديها وكيف تفضل تلبيتها.

-تسأل المرشدة المشاركات أن يكتبن ذلك في ورقة النشاط.

-تشرح المرشدة عن كل حاجة عندما تذكرها المشاركة.

- تقوم المرشدة بعمل نشاط رقم (2)، ثم تفتح باب النقاش.

- تعرض المرشدة دراسة حالة (1).

- تعطي المرشدة المشاركات بعض الوقت لقراءتها.

- تناقش المرشدة مع المشاركات دراسة الحالة.

- تطلب المرشدة من المشاركات إعطاء آرائهن بحاجات بعضهن البعض.

- تحدد المرشدة أهمية تلبية الحاجات لدى كل مشاركة.

-تناقش أسباب الحاجات العائدة إلى مرحلة الطفولة وذلك من أجل فهم أعمق للحاجات.
- تشرح المرشدة أهمية تلبية الحاجات من الأشخاص المهمين الموجودين في حياتنا.
- ترجع المرشدة بالمشاركات إلى أيام الطفولة لتتذكر كل مشاركة إذا كان الأهل قد قاموا بتلبية حاجاتها في الصغر.
- تشكر المرشدة المشاركات على الحضور، وتلخص الجلسة، وتعطي الواجب البيتي، ثم تنهي الجلسة.

النشرة رقم (1) الحاجات العلاقاتية:

1- التقبل: قبول الآخرين بطيب خاطر ودون شروط، ومحبتهم رغم الإساءات أو وجود فروق بينك وبينهم (حتى عندما لا يكون سلوكهم مثالياً).
2- المودة: التعبير عن الاهتمام والقرب من خلال اللمسات الجسمية الملائمة، أو التعبيرات اللفظية مثل: "أنا أحبك" أو "أنا أهتم بك".
3- التقدير: التعبير عن الشكر والثناء والمديح، خاصة عند تقدير إنجازات شخص ما أو جهوده. علماً أن التقدير يركّز على ما "يقوم به" الفرد.
4- الرضا: الإشادة بالشخص الآخر والثناء عليه، خصوصاً لما "هو" عليه من صفات وخصائص شخصية، وليس لما "يقوم به"، ويمكن تلبيتها أيضاً من خلال التأكيد على حقيقة العلاقة وأهميتها مع الشخص الآخر.
5- الاهتمام تقديم الانتباه والعناية والرعاية الملائمة. ويتطلب منا تحديد هذه الحاجات أن ننتبه للآخرين ونبذل جهداً للاستماع إليهم ومنحهم الوقت ودخول عالمهم الخاص بهم ومن أجلهم.
6- المواساة الاستجابة بعناية ورعاية للشخص المتألم من خلال الكلمات والأفعال والاستجابات الانفعالية، واللمسات الملائمة.
7- التشجيع حثّ الآخرين على المثابرة والإصرار على بذل جهودهم لتحقيق أهدافهم، من خلال تحفيزهم على تقديم المحبة والقيام بالأعمال الحسنة.
8- الاحترام تقدير الآخر وتقييمه بشكل كبير، ومعاملته باعتباره شخصاً مهماً، وتكريمه من خلال كلماتنا وأفعالنا وتقدير آراء الآخرين وخصوصياتهم وممتلاكاتهم.
9- الأمان: توفير الانسجام والحفاظ عليه في العلاقات، والتحرر من الخوف أو التهديد بالأذى.
10- الدعم: التواجد مع الآخرين جنباً إلى جنب، وتقديم المساعدة اللبقة والملائمة لحل مشكلة أو صراع أو صعوبة ما.

نشاط رقم (1)

خلال عملية نمونا يتعلم الكثير منا تفادي المشاعر. بدل أن نتعلم كيفية الاستجابة بطريقة صحية. وقد نترك بعض المشاعر عالقة من مواقف وأحداث سابقة كالإساءة أو الصدمة. مما يؤدي إلى صعوبة كبيرة في تلبية حاجاتنا خاصة في علاقاتنا مع الآخرين. في معظم الأحيان نخاف من انفعالاتنا لأنها تعطينا شعوراً بعدم السيطرة. فعندما نواجه انفعالات مخيفة أو مؤلمة مثل الخجل، والخوف والغضب، تكون أول ردة فعل لنا إغلاق هذه المشاعر أو لوم أنفسنا إذا شعرنا بذلك. كذلك حاجاتنا فنحن نولد بحاجات جسدية وروحية وعلاقاتية. فنحن نشترك جميعاً في الحاجات العلاقاتية وهي (10) حاجات: التقبل، والمودة، والتقدير، والرضا، والاهتمام، والمواساة، والتشجيع، والاحترام، والأمان، والدعم.

ففي الوقت الذي نشترك فيه جميعاً في هذه الحاجات، نجد أن ترتيبها من حيث الأهمية يختلف من شخص لآخر. وإذا لم ندرك هذه الحقيقة المهمة، فإننا سنقوم بتلبية حاجات الآخرين من خلال تقديم ما يهمنا فقط، أو ما نعتقد أنهم بحاجة إليه.

أكملي الجدول التالي مع زملائك في المجموعة: كل واحدة تتكلم عن أهم (3) حاجات لديها والطرق التي تريد تلبية الحاجات من خلالها.

الاسم	الحاجات	طرق تلبية الحاجات
1-		
2-		
3-		
4-		
5-		

نشاط رقم (2)

أكملي ما يلي لفهم أعمق لحاجاتك وأسباب أهميتها:

- بالنظر إلى الحاجات الثلاثة الأعلى لدي، فإنني متفاجئة من:

1-
2-
3-

- بالنظر إلى الحاجات الثلاث الأدنى لدي، فإنني متفاجئة من:

1-

2-

3-

- قد ترتبط حاجتي إلى __________ بسنوات طفولتي عندما كان أبي______________
- قد ترتبط حاجتي إلى ___________ بسنوات طفولتي عندما كانت أمي___________

دراسة حالة رقم (1) عادل:

كان عادل مشاغب جداً وهو في المدرسة وكان المدير يعاقبه باستمرار على المشاكل التي يقوم بها. كان عقاب المدير له هو تأخير ساعة بعد الدوام. في إحدى المرات طلب المدير من عادل أن يتأخر بعد الدوام عقاباً له على مشكلة قام بها مع أحد زملائه. فأجاب عادل أنه على الأقل عندما يبقى في المدرسة بعد الدوام، فإنه يرتاح لقضاء المعلم المشرف بعض الوقت معه. اكتشف المدير بعد ذلك أن عادل يعيش مع أمه المطلقة. وكي تستطيع أمه توفير المصاريف لها ولابنها، فإنها تشغل وظيفتين. وكان عادل يشعر بالقلق دائماً عندما يعود إلى البيت ويبقى وحده لعدة ساعات قبل أن ترجع الأم إلى البيت.

- ما رأيك بحالة عادل؟

- ما مدى أهمية تلبية حاجات الأشخاص المهمين في حياتنا؟

- ما مدى أهمية مصارحتنا للآخرين بحاجاتنا؟

الواجب البيتي: كيف نتعلم أن نشعر

انتبهي وكوني على وعي بالأمور التالية وأجيبي عن الأسئلة لتتحدثي عن انفعالاتك في الجلسة القادمة:

- اجلسي وحدك بهدوء.
- استمعي إلى جسمك.
- جدي الإحساس وأعطه تسمية.
- هل هناك انفعال فيه؟
- ماذا يمكن تسمية هذا الانفعال؟
- هل ستكونين بخير مع ذلك؟
- ما حاجتك؟

الجلستان التاسعة والعاشرة: التعرف إلى العلاقة بين الانفعالات والأفكار والحاجات العلاقاتية وبين اضطراب الأكل.

أهداف الجلسة:

1. أن تتعرف المشاركات على الفائدة من وجود الانفعالات.
2. أن تتعرف المشاركات على كيفية الاستفادة من هذه المعرفة.
3. أن تتعرف المشاركات على العلاقة بين الانفعالات واضطرابات الأكل.
4. . أن تتعرف المشاركات على العلاقة بين الأفكار واضطرابات الأكل.
5. أن تتعرف المشاركات على العلاقة بين الحاجات العلاقاتية واضطرابات الأكل.

الأساليب والأدوات:

- المناقشة والحوار، وطرح الأسئلة، وإعطاء الأمثلة، والنشرات، والكرسي الخالي، و powerpoint.

<u>الإجراءات</u>

- بعد الترحيب بالمشاركات وشكرهن على القدوم، تلخص المرشدة الجلسة السابقة، ثم تناقش الواجب البيتي من خلال الحوار.

تؤكد المرشدة على ضرورة الاستفادة من وظيفة الانفعالات لنتعامل بحكمة مع الأمور كما في النشرة رقم (1). فالمشاعر عبارة عن إشارات: إذا كانت المشاعر مؤلمة أو سلبية فإن ردود الفعل تكون اما ان نخاف من الانفعالات، او نتجنبها. لكن بالرغم من كل شيء، فالانفعالات قد تقودنا للشعور بأننا على قيد الحياة.

- **ثم تشرح المرشدة العلاقة بين اضطرابات الأكل والانفعالات كما هو مذكور في النشرة رقم (2). و تركز على النقاط التالية:**

- **تبدأ اضطرابات الأكل وتنمو عندما تصبح المشاعر قوية جداً ومؤلمة ويصبح من الصعب التعبير عنها بشكل مباشر.**
- **تعلم تقبل الانفعالات والاستماع لها، سيساعدك على اكتشاف ما الذي تحتاجينه. لتشعري بشعور جيد نحو ذاتك، دون اللجوء للأكل للسيطرة على انفعالاتك. هكذا تعملين على إيجاد الروابط بين أجزاء التفكير والانفعال في الدماغ.**

-تناقش المرشدة مع المشاركات الأفكار السابقة.

– توزع المرشدة النشرة رقم (3) والتي تناقش تاثير الأفكار السلبية على اضطرابات الأكل وتناقش المشاركات فيها.

– توزع ايضاً النشرة رقم (4) والتي تناقش تاثير الحاجات العلاقاتية على اضطرابات الأكل وتناقش المشاركات فيها.

–تستعمل المرشدة تكنيك الكرسي الخالي Empty Chair في النشاط رقم (1) الذي يهدف إلى التخلص من الأعمال غير المنتهية في حياتنا. فتطلب من كل مشاركة ان تتقدم وتقوم بالخبرة.

–من خلال تكنيك الكرسي الخالي تؤكد المرشدة على نقطتين مهمتين:

– من خلال خبراتنا السابقة في الطفولة، نتعلم أنه أحياناً يجب علينا ألا نشعر على نحو ما، أو أن هذه المشاعر مخيفة لدرجة أننا نحاول منعها أو إيقافها. لذا نتعلم استخدام أساليب نمنع بها أنفسنا من الشعور بهذه المشاعر والانفعالات.

–إن التركيز على الانفعالات سيساعدنا على التغيير. حيث أن علينا أن نصل إلى مكان ما قبل أن نتمكن من تركه أو مغادرته. لهذا يجب أن نشعر بالانفعال، إذا أردنا أن نتركه أو نغيره.

–تلخص المرشدة الجلسة، و تعطي الواجب البيتي، ثم تنهي الجلسة.

النشرة رقم (1) لماذا نعالج الانفعالات:

الدائرة السلبية المكونة من الخوف من الانفعالات وتجنبها والشعور بالغمر بسببها، والشعور بالعجز، قد تصل بالفرد إلى ايذاء الذات والمرض من أجل الهروب منها. كل ذلك يجعل من الضروري معالجة الانفعالات عند معالجة مشاكل الأكل. ففي هذا البرنامج نتعامل مباشرة مع المشاعر المؤلمة، وننظر إليهم كمصدر للمعلومات والمعاني. إذا أعدنا انتباهنا إلى المشاعر، ستكون كالضوء الذي يقودنا إلى الأشياء المهمة، والأشياء التي يجب الاهتمام بها، والأشياء التي تحتاج إلى علاج. الفكرة وراء هذا النوع من البرنامج هي علاج الانفعالات بمساعدة شخص داعم ومتعاطف، والهدف هو إدخال الانفعالات إلى مستوى الوعي، ثم العمل على تقبل الانفعالات وفهمها وإدارتها وتغييرها عند الحاجة. فالمشاعر الصحية تكون هي الدواء للمشاعر المؤلمة. فنحن نغير المشاعر بالمشاعر.

باختصار الفائدة من وجود الانفعالات:

1. تدلنا على الأشياء المهمة بالنسبة لنا.
2. تدلنا على الأشياء التي نريدها ونحتاجها.

3. تساعدنا على اكتشاف ما علينا أن نفعله.

أن المشاعر عبارة عن إشارات: فإذا كانت المشاعر مؤلمة أو سلبية فإن ردود الفعل تكون اما ان نخاف من الانفعالات، او نتجنبها. لكن بالرغم من كل شيء، فالانفعالات قد تقودنا للشعور بأننا على قيد الحياة.

النشرة رقم (2) العلاقة بين الانفعالات واضطرابات الأكل:

هناك العديد من الأساليب التي يصفها المصابون باضطرابات الأكل للتعامل مع المشاعر المؤلمة. فقد يكبتون مشاعرهم من خلال التجويع، أو قد يخدرونها من خلال نوبات الأكل، أو قد يتخلصون منها من خلال السلوكات التعويضية. قد يشعر الفرد بشعور سيئ، فيتحول هذا الشعور إلى شعور بالسمنة، وسيعتقد الشخص أن الطريقة الوحيدة للشعور بالتحسن هو تنزيل الوزن أو النحافة. وقد يكون الاضطراب في الأكل بالنسبة للبعض غير كافٍ، وتصبح المشاعر غامرة بشكل كبير لدرجة يحتاج الشخص فيها إلى اللجوء إلى استعمال العقاقير أو الكحول للهروب من حالة انفعالية مؤلمة ومخيفة. هذه المشاعر المخيفة قد تتضمن الحزن، والغضب والوحدة، والملل والخجل. في تلك اللحظة الغامرة بالمشاعر التي نعيشها، قد نشعر أنه من المستحيل أن نتحملها. لذا نحاول التعامل مع هذه المشاعر بعدة طرق مثل كبت هذه المشاعر. مثال على ذلك عدم الأكل، أو نوبات الشراهة، أو الاستفراغ أو استعمال العقاقير. كل هذه الأساليب التي تختلف باختلاف الأشخاص، تساعدنا على التكيف مع المشاعر في اللحظة التي تكون فيها غامرة. لكن للأسف، فإن هذه الراحة المؤقتة تترك المشاعر الأساسية دون تغيير، وعاجلاً أم آجلاً ستعود لنا مرة أخرى.

ومن المؤسف أن على الفرد أن يعاني من كل سلبيات اضطراب الأكل في محاولة يائسة للسيطرة على المشاعر غير المرغوبة. فقد تكون المشاركة بحاجة ماسة للشفاء من اضطراب الأكل، لكنها ترجع مرة أخرى للأكل وبقوة عندما تحدث التغيرات في الوزن مثلاً، وتفهمها على أنها عودة المشاعر المؤلمة التي تعتقد أنها لا تستطيع التعامل معها. وقد أظهرت بعض الدراسات أن بعض الأفراد الذين يكملون العلاج بنجاح إلا أنهم وبعد مدة معينة تحصل لهم انتكاسة، غالباً ما يكون سببها عدم قدرتهم على التعامل مع المشاعر المؤلمة.

من النتائج الأخرى لاستعمال الأكل في تخدير أو إبعاد الانفعالات، السيطرة المفرطة على الانفعالات أو قلة إدارة الانفعالات. فإذا قام الفرد بالسيطرة المفرطة على انفعالاته، فإن

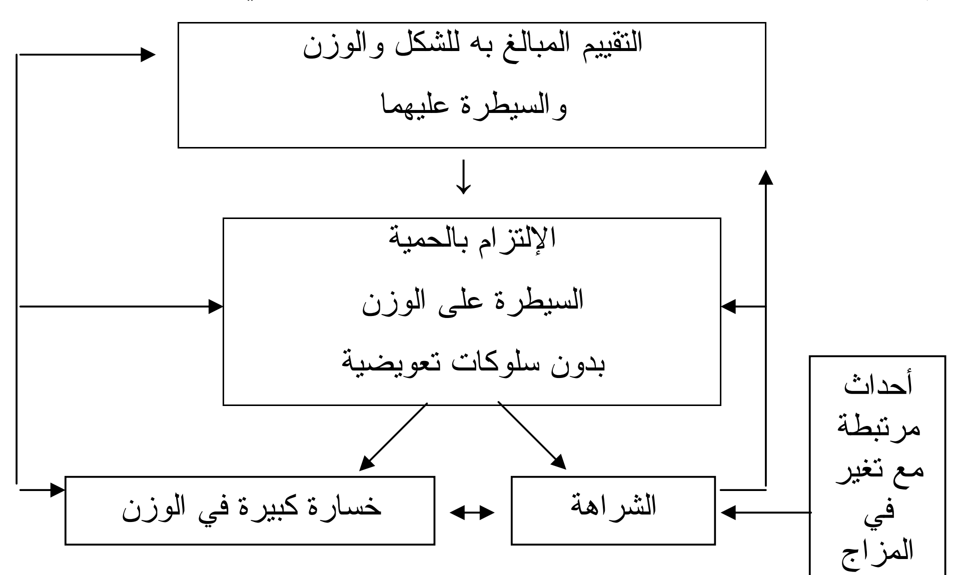
ذذذلك سيؤدي به إلى الشعور بأنه لا يوجد لديه مشاعر أو ردود فعل طبيعية. فقد نسمع بعضهم يقول أنهم يتمنون لو يستطيعون البكاء لكنهم لا يستطيعون. ليس ذلك فقط بل يكتشفون أنهم قد قتلوا المشاعر الإيجابية مع السلبية. فعدم القدرة على الشعور بالفرح أو الفخر لإنجازاتهم يؤدي بهم إلى الشعور بأنهم أموات من الداخل. أما البعض الآخر الذين ينتهي بهم المطاف بزيادة السيطرة على انفعالاتهم أو تخديرها فإنهم يقولون أنهم يفضلون عدم الشعور بانفعالاتهم. ويفسرون ذلك بالخوف من أنه لو كان لديهم شعور بالغضب مثلاً، فسيؤدي هذا الشعور إلى دمارهم، ودمار الأشخاص الموجودين حولهم، ودمار العلاقة التي يخافون عليها.

أما الأشخاص الذين يعانون من عدم السيطرة على الانفعالات، فهم يشعرون بأن هذه المشاعر تغمرهم وهم يغرقون فيها. كما يشعرون دائماً بأنهم فاقدو السيطرة على انفعالاتهم. وللتغلب على الشعور بأنهم مغمورين بالمشاعر المؤلمة، ومن أجل الشعور بالسيطرة يحتاجون إلى اتخاذ إجراءات قاسية مثل عدم الأكل أو السلوكات التعويضية المفرطة.

في مثل هذه الحالات نرى المشاعر على أنها خبرة مؤلمة جداً، وتغمرنا بشكل كبير، ويجب أن نخاف منها. لذا علينا إدارة هذه الانفعالات بل الذذأفضل من ذلك التخلص منها بأي طريقة ممكنة. فالانفعالات هي العدو.

النشرة رقم (3): العلاقة بين الأفكار السلبية واضطرابات الأكل

قام فيربيرن Fairburn (2008)بتفسير اضطراب الشراهة كما يلي:



يبدأ ظهور هذا الإضطراب لدى معظم المصابين به في متوسط العمر بعكس كـل مـن الأنوريكسيا والبوليميا اللتان تظهران لدى المراهقين. ويكون اضطراب الشراهة متقطع ولـيس مستمر. فيشير معظم المرضى الى أنهم يميلون الى الشراهة في أوقات محددة، ويميلـون الـى السيطرة على أنفسهم في أوقات أخرى. في المحصلة يميل هؤلاء المرضى الى الأكل الزائد وثم زيادة الوزن.

يكمن اساس اضطراب الأكل في التقييم المبالغ به للشكل والوزن والسيطرة عليهمـا. فيقـيم المريض نفسه ويحكم عليها فقط من خلال الشكل والوزن وقدرته على السيطرة عليهما. فتبـدأ الشراهة بمحاولة المريض السيطرة على الأكل والإلتزام بحمية محددة بشكل كبير ويرفض تبني ارشادات عامة حول كيفية الأكل الصحي. بدلاً من ذلك يتبع قوانين صارمة جداً ومحددة جـداً بالحمية الواجب اتباعها. يصاحب هذه القوانين الميل لرد الفعل المبالغ به والسلبي الذي يقوم به الشخص تجاه الشيء المحتوم وهو كسر هذه القوانين. هكذا ينظر هذا الشخص الى اي اختلاف عن قوانين الحمية حتى لو أنه اختلاف بسيط على أنه عدم السيطرة على الذات.

هكذا يستجيب المرضى لخرق القوانين بترك التحكم والحمية لفترة مؤقتـة والإستـسلام للرغبة في الأكل. لذا بعد الإلتزام الصارم بالحمية تأتي فترة قصيرة من عدم الـسيطرة علـى الأكل ونوبات الشراهة. كل ذلك يعزز من قلق المريض حول وزنه وشكله. وبالتالي يشجع على التزام اقوى بالحمية. كل ذلك يؤدي الى زيادة الخطر من نوبات الشراهة في المستقبل.

هناك حقيقة مؤكدة أن انحراف المرضى عن الإلتزام بالحمية ونوبات الـشراهة لا تـأتي فجأة من لا شيء. بل تحدث كاستجابة لأحداث الحياة اليومية السلبية والمزاج السلبي. يعود ذلك جزئياً الى صعوبة المحافظة على الإلتزام بالحمية تحت هذه الظروف. أما الجزء الثاني فيعـود الى أن الشراهة تحسن من المزاج السلبي مؤقتاً وتشتت المريض عن التفكير بالصعوبات التـي تواجهه. لهذا كله يأخذ العلاج وقت طويل ويكون التغيير تدريجي.

النشرة رقم (4): العلاقة بين الحاجات العلاقاتية واضطرابات الأكل

يشير فيرجسون إلى اهمية اشباع الحاجات العلاقاتية لدى الفرد وذلك للتخلص من الألـم الذي يصاحب العلاقات الإجتماعية مع الآخرين والذي يؤدي الى العديد من الإضطرابات منهـا اضطرابات الأكل. ويضيف الى انه في الوقت الذي نتشارك فيه جميعاً بالحاجـات العلاقاتيـة نفسها، الا ان ترتيبها من حيث الأهمية قد يختلف من شخص لآخر. لذا من المهـم ان نكتـشف الحاجات ذات الأولوية الأعلى لكل منا حتى نستطيع اشباعها وبالطريقة التـي تناسـبنا. وهـذه

الحاجات هي: التقبل، والمودة، والتقدير، والرضا، والإهتمام، والمواساة، والتشجيع، والإحترام، والأمان، والدعم.

فعندما تلبى حاجاتنا العلاقاتية، سنشعر أننا محبوبون وسنتصرف بناءاً على ذلك . أما عندما لا تلبى حاجاتنا العلاقاتية ، سنشعر أننا غير محبوبين وسنتصرف بناءاً على ذلك. فستكون أفكارنا خاصة تلك المتعلقة بأنفسنا وقيمتنا لدى الآخرين غير صحية . وسنختبر مشاعر سلبية ومؤلمة أهمها الشعور بالألم والغضب والخوف والشعور بالذنب وإدانة الذات . وأخيراً سنقوم بسلوكات غير بناءة وسلبية مثل الإضطرابات في الأكل .

يمكن تلخيص ما سبق بأن عدم الوعي بالذات وبالمشاعر وعدم تلبية الحاجات العلاقاتية لدى الفتاة يعني أنه كلما واجهتها مشكلة ما في حياتها وفشلت في حلها بفعالية، أدى ذلك الى شعورها بالانزعاج وهذا الشعور هو المحرك الرئيسي لاضطرابات الأكل. وعليه فإن العلاج الفعال لهؤلاء الفتيات يجب أن يتضمن تعليمهن التعرف على مشاعرهن والسيطرة عليها ، ثم التعرف على مشاعر الآخرين، وأخيراً تعليمهن المهارات الاجتماعية للتعامل الفعال مع الناس دون اللجوء للأساليب غير التكيفية كعادة الشراهة في الأكل .

النشاط رقم (1): تكنيك الكرسي الخالي

- تشرح المرشدة للسيدات هذا التكنيك وتقول: في هذا التكنيك ستتحدث كل واحدة منكن مع شخص مهم في حياتها تتخيله يجلس على الكرسي الخالي. قد يكون موجود على قيد الحياة أو متوفي. اختاري الشخص الذي تعتقدين أنه كان سبب من أسباب لجوئك للأكل لحماية نفسك من الانفعالات المؤلمة. إذا اخترت شخصاً من مرحلة طفولتك سيكون لذلك تأثير أكبر وأقوى عليك. فكلما رجعت بالذاكرة للوراء وتذكرت مشاعرك المؤلمة ، تخلصت منها أسرع. ستظهر بهذه الطريقة المشاعر المؤلمة غير المنتهية تجاه هذا الشخص. وسيساعدكن الوعي بهذا العمل غير المنتهي في فهم كيفية تطور اضطراب الأكل لديكن.

لدى مخاطبة الشخص المتخيل على الكرسي الخالي، ستقومين بالتعبير عن مشاعر الألم التي رافقت الخسائر أو الفشل في الطفولة. وهكذا ستصلين إلى فهم جديد للمشاكل والصعوبات التي تواجهينها. فقد يظهر لك أنه كان من غير الآمن التعبير عن الانفعالات في ذلك الوقت،

لأنه كان للتعبير عن الانفعالات نواتج سلبية عليك. ربما لم يكن البالغون المسؤولون عن رعايتك قادرين على إدارة انفعالاتهم، أو أنهم كانوا يعتمدون عليك وأنت طفلة، لتهتمي بالحاجات الانفعالية لهم.

– إذا كنت قد تعرضت في مرحلة الطفولة إلى الإهمال أو الإساءة، فسيحرمك ذلك من فرصة التحليل الصحي للمشاعر، وستشعرين بالارتباك أو الخجل، أو قد تشمئزين من نفسك إذا شعرت بمشاعر معينة. لهذا كله قد تكونين قد قمت بدفن المشاعر الصحية، واستبدلتها بمشاعر غير صحية مثل كره الذات وذلك من أجل إرضاء الآخرين.

فالتعامل مع المشاعر التي ستنتج من الحديث مع الشخص المتخيل، الموجود على الكرسي الخالي، سيكون له تأثير قوي جداً عليك لأنك قد تكتشفين انفعالات قمت بكبتها لسنوات طويلة.

قد يتضح لك خلال هذه العملية إنك تكبتين العمليات الانفعالية لديك ولا تسمحين بظهورها للآخرين. لذلك يجب أن تهتمي بكيفية حدوث هذا الكبت، وكيف أثر عليك، والعمل على حل كل ذلك. الهدف الأول هو معرفة كيفية كبت الانفعالات الذي تعلمته في مرحلة الطفولة، لتكوني على وعي بمدى شعورك بالأمان عندما تغلقين الباب على هذه الانفعالات المؤلمة وكأنها غير موجودة. هذه الخبرة الجديدة تتعلق بتقبل كيفية كبتك للانفعالات، وفي النهاية التعبير عن الخبرة الانفعالية بوجود المرشدة التي ستتعاطف معك وستبني لديك قدرة جديدة لإدارة الذات، وبالتالي ستقل حاجتك إلى الأكل كأسلوب لإدارة الانفعالات.

الواجب البيتي:العمل غير المنتهي:

العمل غير المنتهي هو عندما يكون لديك مشاعر سلبية تجاه شخص آخر. أتت هذه المشاعر من شيء حدث في الماضي على الأغلب خلال مرحلة الطفولة ولم يكن باستطاعتك التعبير حينها عن هذه المشاعر مما أبقاها عالقة حيث ما زالت تؤثر في حياتك دون وعي منك بها. الهدف من هذا التمرين هو التعرف على مشاعرك، واختبارها، والتعبير عنها مما سيساعدك في حل هذه الانفعالات ثم التخلي عنها.

1– حددي الشخص الذي لديك عمل غير منته معه؟

2– كيف قام هذا الشخص باذيتك؟

3- ما الذي تتمنين الحصول عليه من هذا الشخص؟

4- كيف شعرت في الوقت الذي حصلت به مشكلتك مع هذا الشخص؟

5- كيف تعاملت مع مشاعرك في ذلك الوقت (مثال: قمت بكبتها أو بتشتيت انتباهك...)؟

6- ما حاجاتك غير الملباة في ذلك الموقف؟

7- هل تلاحظين أي تغيير في ردود فعلك تجاه هذا الشخص وأنت تجيبين هذه الأسئلة؟ صفي ذلك:

الجلسة الحادية عشرة: التعرف على أسلوب الأكل.

أهداف الجلسة:

1- أن تتعرف المشاركات على اضطرابات الأكل.

2- أن تعرف المشاركات المنطق وراء سلوك الأكل.

3- أن تميز المشاركات بين الأكل بشكل طبيعي والأكل بشكل غير طبيعي.

4- مساعدة المشاركة على القيام بالأكل بشكل طبيعي.

الأساليب والأدوات:

الحوار والمناقشة، وطرح الأسئلة، والنشرات، وpowerpoint.

الإجراءات
- بعد الترحيب بالمشاركات، تناقش المرشدة الواجب البيتي من خلال الحوار. - توضح المرشدة المنطق وراء سلوك الأكل من خلال توزيع نشرة رقم (1) ومناقشتها مع المشاركات. - تقوم المرشدة بتوزيع النشرة رقم (2) التي توضح ماهية الأكل الطبيعي والكيفية التي تصبح من خلالها المشاركة قادرة على أن تأكل بشكل طبيعي. - تناقش المرشدة مع المشاركات النشرة وتشرحها بالتفصيل، وتتكلم عن أنواع الجوع، ثم تفتح المجال للأسئلة والتعليق. -تبدأ المرشدة بالحديث عن أنواع الشراهة الموضوعية والذاتية كما هي في النشرة رقم (3) وتناقشها مع المشاركات. -توزع المرشدة النشرة رقم (4) المتعلقة بالآثار الجسمية والنفسية للأكل الانفعالي الشره، ثم تفتح باب النقاش. - توضح المرشدة المقصود بدائرة "الشعور السلبي" الموجودة في النشرة رقم (5)، وتلفت انتباه المشاركات لأهميتها. -تطلب المرشدة من المشاركات قراءة القائمة التي تحتوي على الأسباب المؤدية لاضطرابات الأكل وتحديد ما ينطبق منها على كل منهن. - تلخص المرشدة الجلسة، وتستضيف خبيرة تغذية لمدة نصف ساعة لتتكلم عن أسلوب الأكل الصحي. - تنهي المرشدة الجلسة بعد شكر المشاركات على القدوم وإعطاء الواجب البيتي.

نشرة رقم (1) المنطق وراء سلوك الأكل:

1- التغيرات في عمليات الأيض

نسبة الأيض الأساسية (Basic metabolic rate) لديك هي كمية الوحدات الحرارية التي يحتاجها جسمك للقيام بالعمليات الجسمية الأساسية مثل الأكل، والتنفس، والهضم، وتجديد الخلايا. لدى الأشخاص الذين لا يمارسون الحمية، تستهلك هذه العمليات ثلثي حاجة الجسم من الطاقة.

2-الحمية والوزن:

إذا أكلت كمية أكثر من الكمية اللازمة لجسدك، ستزيد الوحدات الحرارية في جسمك! ستزيد درجة حرارة جسمك، وبالتالي تتسارع عملية الأيض من أجل حرق السعرات الحرارية. أما إذا أكلت كمية أقل من حاجة جسمك، ستتباطئ عملية الأيض للمحافظة على الوحدات الحرارية. لذا يحافظ الأشخاص الذين يأكلون بشكل طبيعي على وزنهم مع مرور الوقت. من الصعب جداً معرفة أين سيستقر وزنك إلا إذا قمت بالأكل بشكل طبيعي لمدة سنة تقريباً على الأقل.

3-الحمية والشراهة:

عندما تقومين بالحمية والشراهة بالتناوب ستكون هذه وسيلة جيدة لزيادة الوزن. وسبب ذلك أنه عندما تقومين بالحمية، تتباطئ عملية الأيض. ثم عندما تأكلين بشراهة، يستعد الجسم للحفاظ على الوحدات الحرارية الزائدة وتوفيرها تحسباً للمرة القادمة التي ستقومين بها بالحمية، وتقللين من الوحدات الحرارية. فعندما تقل كمية السعرات الحرارية التي تأكلينها، لا يميز جسمك إذا كان ذلك بسبب الجوع أو بسبب الحمية. في الواقع خلال تاريخ الإنسانية، عندما لا يجد الإنسان الوحدات الحرارية اللازمة، يعود ذلك ببساطة لعدم توفر الأكل. لهذا تطور جسدنا بهذه الطريقة للمحافظة على البقاء. والمهم في الأمر أن العديد من الأمراض الجسمية والنفسية يمكن أن تحدث كنتيجة لعدم تناول كمية كافية ومناسبة بانتظام.

نشرة رقم (2) الأكل الطبيعي: Normal Eating

من المهم جداً أن تتعلمي أن تأكلي بشكل طبيعي. لكن إذا كنت قد تعودت على تحديد كمية الطعام، وتفادي بعض الأنواع، وتجاهل إشارات الجوع، والقيام بنوبات الشراهة، سيكون من الصعب تخيل نفسك وأنت تأكلين كشخص لا يعاني من اضطرابات في الأكل.

لقد حان الوقت لتبدأي بعمل تغييرات لأسلوبك في الأكل. التغيير الأول يتعلق بالوقت الذي يجب أن تأكلي فيه وليس بنوعية الأكل. لقد أشارت الأبحاث إلى أن الأكل بأوقات منتظمة خلال اليوم يساعد الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الأكل. لذا من المهم جداً أن تبدأي بعمل ذلك لأنه الأساس الذي ستبنى عليه كل التغييرات الأخرى.

هناك مكونان اثنان لهذا الأسلوب:

1- يجب أن تأكلي (3) وجبات أساسية كل يوم، و (1-3) وجبات خفيفة. فطور، ووجبة خفيفة، وغداء، ووجبة خفيفة، وعشاء، ووجبة خفيفة مسائية.

2- يجب أن يتم تحديد الأكل بهذه الوجبات فقط.

بعض الإرشادات المهمة للقيام بالأكل الطبيعي:

- عليك أن تختاري الأشياء التي تريدين أكلها في الوجبات الرئيسية والوجبات الخفيفة. قد تجدين صعوبة في البداية في تغيير ماذا تأكلين. لكن المهم في هذه المرحلة هو تبني هذا النمط من الأكل مع التنويع في الأنواع. لا تقومي بتعداد الوحدات الحرارية في هذه المرحلة.
- اتبعي أسلوب عقلاني في تحديد الأكل المقبول في الوجبات الأساسية والخفيفة.
- يجب ألا تزيد المدة الفاصلة بين الوجبات على (4) ساعات ويجب الالتزام بها جميعاً. إذا لم تلتزمي بجميع الوجبات ستزيدين من فرصة نوبات الشراهة.
- فمعظم الناس يلجأون للشراهة عند اختصار الوجبات.
- يجب أن يكون لهذا الأسلوب الجديد في الأكل أولوية على كل النشاطات الأخرى في حياتك. لذا يجب أن يتناسب مع حياتك والتزاماتك اليومية. مثلاً أيام العمل تختلف عن أيام العطل.

- من المهم التخطيط مسبقاً لكل الوجبات. فالتخطيط منذ الصباح الباكر أو الليلة السابقة سيعطيك شعوراً بالسيطرة.
- قد تستعملين وقت وسلوك الآخرين لتحديد متى تأكلين، لكن لا تتبعي شعورك بالجوع أو الشبع. حيث أن شعورك بالجوع أوالشبع ليس صحيحاً بسبب أسلوبك في الأكل خلال الفترة السابقة. عندما تبدأين بالأكل بانتظام لعدة أشهر، ستبدأين باختبار رجوع إحساسك الطبيعي والمناسب بالجوع والشبع. يأكل معظم الناس في المجتمعات الغربية لأنه وقت الأكل، بغض النظر عن مدى شعورهم بالجوع. لذا من الجيد الأكل بشكل منتظم في وقت الأكل.
- يجب ألا تتحكم أحاسيسك بالجوع والشبع بماذا تأكلين. بل يجب أن تأكلي كمية تعتبر متوسطة. قد تحددي هذه الكمية من خلال مراقبة أساليب الأكل لدى الأصدقاء والمعارف أو من خلال وصفات الطعام أو التعليمات على علب الطعام.
- بعض أشكال الأكل الاجتماعي تحتاج إلى تخطيط دقيق.

إذا كنت مدعوة إلى مناسبة فيها أنواع عديدة من الأكل، من الأفضل أن تقيمي ذلك بأخذ وقت مستقطع، فقد تذهبين إلى الحمام مثلاً كي تقرري ماذا ستأكلين ليتناسب مع النمط الطبيعي في الأكل.

في بداية العلاج قد تجدين صعوبة في عمل كل ذلك، لكن ببعض الجهد والتخطيط ستنجحين. يجد الكثير من الأشخاص أنه من المفيد جداً الدخول في تجربة الأكل الطبيعي كخبرة جديدة. أعطي نفسك بعض الوقت لتشعري بالفرق بين أسلوبك السابق في الأكل وأسلوبك الحالي ثم قرري ما هو المفيد لك. قد تفكرين بالأكل كدواء، وتقولين لنفسك أنه للتغلب على مشكلتك في الأكل، تحتاجين إلى أن تأكلي (3) وجبات أساسية وبعض الوجبات الخفيفة.

انواع الجوع غير الفسيولوجي:

جميع انواع الجوع التالية غير فسيولوجية. اقرايها بتمعن وحددي ايها ينطبق عليك:

1- الجوع الإجتماعي: يعتبر الأكل مهم لأنه يجتمع الناس حوله.

2- جوع الفم: عندما يحتاج الشخص الى وضع الأكل في فمه مع أنه لا يشعر بالجوع.

3- الجوع الوقائي: عندما يأكل الشخص تحسباً لإحتمال أنه قد يجوع لاحقاً.

4- الجوع المستحق deservesd:لتحسين نفسيتك بعد أن قضيت يوماً سيئاً.

5- جوع المتعة: لتحسين شعورك تجاه نفسك.

6- جوع القلق: لتهدئة أعصابك.

7- جوع الإحتفال: الوسيلة الوحيدة التي نعرفها من أجل الإحتفال.

8- جوع الملل: لا تستطيعين التفكير في شيء آخر تقومين به.

نشرة رقم (3) أنواع الأكل الانفعالي الشره:

هناك نوعان من الأكل الانفعالي الشره:

1-الشراهة الموضوعية:

أن تأكل المشاركة خلال ساعتين كمية كبيرة من الأكل مقارنة بما تأكله معظم المشاركات في نفس الظروف، وتشعر بأنها فقدت السيطرة على سلوك الأكل. مثلاً: 3 صحون رقائق الذرة. وعلبة بوظة وباكيت شيبس و12 بسكوتة وعلبة بوشار. معظم الناس يتفقون على أن هذه كمية كبيرة.

2-الشراهة الذاتية:

عندما تشعر المشاركة بأنها قد فقدت السيطرة على سلوك الأكل مع أن كمية الأكل التي استهلكتها ليست كبيرة من ناحية موضوعية، أو من وجهة نظر الآخرين. فهي لديها قواعد محددة بما يجب أكله وما لا يجب أكله. مثلاً : قطعتا بسكوت قد تعتبرها كمية كبيرة

نشرة رقم (4): آثار الأكل الشره

الآثار الجسمية للأكل الانفعالي الشره:

هناك العديد من الآثار السلبية المحتملة لاضطراب الشراهة. ليس المقصود بالمعلومات التالية إخافتك، بل مساعدتك لتصلي إلى فهم أفضل للآثار الجسيمة التي تشعرين بها.

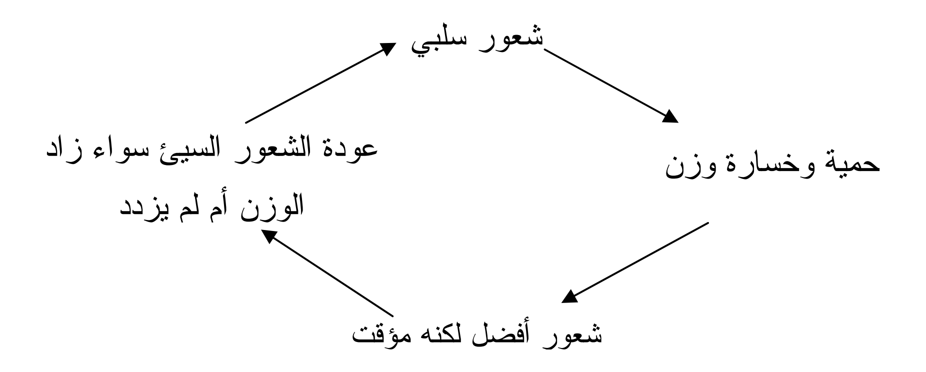
فالتعب ووجع الرأس، وترقق العظام، وانتفاخ في المعدة، وإرجاع الأكل، ومشاكل بالكلى، ومشاكل بالأسنان، وعدم توازن الملح في الجسم، وغيرها مثل مشاكل بالعادة الشهرية، جفاف الشعر والجلد والأظافر. كل ذلك يمكن أن يظهر كنتيجة لإضطرابات الأكل لدى المشاركة.

الآثار النفسية للأكل الانفعالي الشره:

الاكتئاب، والقلق، وتغيرات المزاج، والعزلة الاجتماعية، ومشاكل في التركيز والذاكرة، ومشاكل في اتخاذ القرارات، والأرق، وزيادة في السلوكات الاندفاعية، وانخفاض في تقدير الذات.

نشرة رقم (5) دائرة الشعور السلبي:

يوضح الرسم التالي كيفية اعتقاد الشخص المصاب باضطراب الأكل أن الأكل هو الحل الأمثل للمشاكل التي تغمره. تبدأ الدائرة بشعورك بشعور سلبي سيء تجاه شيء ما. قد يكون تجاه نفسك، او مشكلة في علاقة، او في العمل، او في المدرسة. لكنك تشعرين بانك غير قادرة على حل المشكلة مباشرة. ثم تخطر على بالك فكرة القيام بحمية وخسارة الوزن. تعطيك هذه الفكرة شيء جديد للتركيز عليه بدلاً من المشكلة. تتحسن مشاعرك بعد الحمية وخسارة الوزن لأنك تشعرين بانهم تحت سيطرتك. ولأنك تشاهدين نتيجة محاولتك بسرعة. ثم بعد فترة من الزمن يبدأ شعور سلبي آخر مرة أخرى لأي سبب كان. قد يصاحبه زيادة في الوزن أحياناً. وأحياناً أخرى بدون زيادة في الوزن. ولأنك تعلمت من خبراتك السابقة أن الحمية وخسارة الوزن ستحسن من مشاعرك، ستبدأين بحمية أخرى وستبدأ الدائرة من جديد. هكذا تتحول مشاعرك السلبية الى جسدك، فيصبح مركز المشاعر السلبية.



قد تبدأ دائرة الشعور السلبي لعدة أسباب. القائمة التالية تحدد بعض الأسباب التي تدفع بنا للجوء للأكل الشره ونحن نعتقد ان الأكل هو افضل حل للمشاكل الصعبة. اقرأي القائمة وضعي دائرة حول الأسباب التي تنطبق عليك:

1. محاولة للتأقلم مع المشاعر المؤلمة.
2. إدارة الضغط النفسي.
3. الحاجة للشعور بالسيطرة على حياتك.
4. الحاجة للمواساة.
5. كبت الذكريات المؤلمة.
6. عدم وجود وقت كاف لنفسك.
7. الحاجة إلى التفرد في الهوية.
8. الشعور بالملل.
9. صعوبة التعامل مع الغضب.
10. لتسويف إنجاز المهام الكثيرة.
11. لتجنب المشاكل الصعبة والهروب منها.
12. لإيجاد عذر بسبب فشل التوقعات.
13. عقاب لذاتك. (مثال: لا أستحق أن أعيش بأسلوب صحي).
14. لتخدير المشاعر.
15. للحصول على الحرية ولو بشكل مؤقت
16. لفقدان الذاكرة ولو بشكل مؤقت مؤقت.
17. محاولة للتأقلم مع مثاليات المجتمع.
18. لإعطاؤك شعوراً بالإنجاز.

الواجب البيتي:

1- ما مشكلتك المؤلمة الأساسية؟: (مثال: هجران، ذل، رفض، عدم الحب، عدم الأمان، إساءة، عدم الحصول على هوية، عدم القيمة).

2- متى وكيف ظهرت مشكلتك الأساسية المؤلمة؟ (مثال: أهل كثيرو الانتقاد...)

3- سم الانفعال الأساسي المصاحب للمشكلة المؤلمة؟ (الحزن، الخوف، الخجل، الغضب)

4- ما الانفعال الثانوي الذي يخبئ هذا الألم؟ (القلق، الغضب، الانزعاج، الخدران، الضغط، الاستياء، اليأس....).

5- كيف يساعدك اللجوء الى الأكل في التعامل مع هذه المشاعر؟

6- ما الذي تحتاجين إلى عمله انفعالياً من أجل التقدم والشفاء؟ (مسامحة الآخرين، مسامحة نفسك، التعبير عن الغضب، الحزن على خسارة....).

7- ماذا يحتاج الانفعال الأساسي المؤلم عمله منك ومن الآخرين لتشعري بتحسن؟ (مثال: التهدئة، اللطف مع الذات، مسامحة الآخرين....).

8- ما المشاعر الأخرى التي ستساعدك في تغيير شعورك الأساسي المؤلم؟

الجلسة الثانية عشرة: تدريب المشاركات على استراتيجيات التحكم بأعراض اضطراب سلوك الأكل.

أهداف الجلسة:

1. أن تتعرف المشاركات على استراتيجيات ضبط أعراض اضطراب سلوك الأكل.
2. أن تشرح المرشدة كل استراتيجية.
3. أن تنمذج المرشدة كل استراتيجية .
4. أن تتدرب المشاركات على كل استراتيجية.
5. أن تختار كل مشاركة الاستراتيجيات التي تراها مناسبة لها وتتدرب عليها في البيت.

الأساليب والأدوات:

المناقشة والحوار، و طرح الأسئلة، والنشرات، والنمذجة، وبطاقات، وpowerpoint.

<u>الإجراءات:</u>

- بعد الترحيب بالمشاركات، تقدم المرشدة تلخيصاً لما تم في الجلسة السابقة.
- تناقش المرشدة الواجب البيتي من خلال الحوار مع المشاركات.
- تشرح المرشدة للسيدات الاستراتيجيات المتبعة للسيطرة على الأعراض كما في النشرة رقم (1).
- تبدأ المرشدة بشرح نموذج:

Symptom ← urge ← Trigger

المنبه المحفز العرض

- تقول المرشدة أن هناك استراتيجيات للتعامل مع كل من المنبه والمحفز والعرض.
- تضع المرشدة بطاقات مكتوب على كل واحدة تفاصيل كل استراتيجية في سلة، وتطلب من المشاركات سحب البطاقات بعد توزيعهن إلى مجموعات، ثم تبدأ بتطبيق كل استراتيجية مع كل مجموعة من المشاركات مع ذكر مواقف حقيقية يتم تطبيق الإستراتيجية عليها. وهكذا حتى يأتي دور كل المشاركات ويتم تطبيق كافة الاستراتيجيات.
- تطلب من المشاركات مراجعة الاستراتيجيات في البيت ومحاولة تطبيق أحداها كواجب بيتي أول.
- تلخص المرشدة الجلسة، ثم توزع الواجب البيتي الثاني وتنهي الجلسة بعد الشكر.

النشرة رقم (1) استراتيجيات التكيف:

يجد الناس أن تحويل سلوك الأكل لديهم إلى سلوك طبيعي يحتاج إلى وقت طويل. بحيث تتناقص شدة سلوك الأكل وعدد مرات الرغبة فيه. ومع ذلك من الطبيعي أن تستمر الرغبة بالأكل لفترة من الوقت.

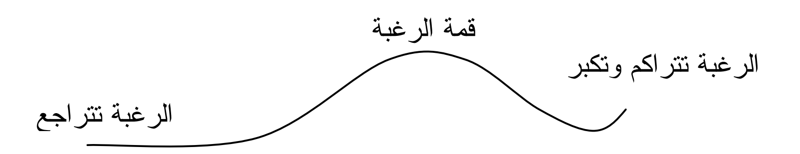
تحتوي هذه النشرة على بعض الأفكار التي ستساعدك لتفادي الأكل كلما أحسست بالرغبة بذلك. لكن أولاً: يجب أن تتأكدي أنك تأكلين بشكل طبيعي لأن الجوع بحد ذاته يعتبر منبه قوي للأكل. بعد ذلك من المهم التفكير بالمرات التي يحصل بها تنبيه للأكل وما الذي ينبهك. وعادة تكون الفجوة بين الرغبة والأعراض صغيرة جداً لدى معظم الناس. فأنت تشعرين بالرغبة في الأكل فتقومين بالأكل فوراً وبشكل أوتوماتيكي. لكن إذا فكرت كيف تتم العملية، ستلاحظين أنه قبل أن تشعري بالرغبة في الأكل هناك منبه (شيء يحدث حولك أو في أفكارك أو مشاعرك)، ثم تظهر لديك ردة فعل لهذا المنبه، ثم تنمو الرغبة لديك كاستجابة له، ثم ستشعرين بالأعراض. هذه العملية تشبه السلسلة لها بداية ثم خطوات متعددة وفي النهاية الأعراض.

المنبه ←الانفعال ←الرغبة ← العرض (سلوك الأكل الشره)

مثال: قد يكون المنبه صراع مع أحد أفراد الأسرة، يؤدي بك إلى الشعور بالغضب، بعد ذلك تأتي الرغبة بالأكل، بعدها تأكلين بشراهة، بعدها قد يكون لديك الرغبة بالاستفراغ مثلاً للتخلص من الأكل. تأتي المنبهات من عدة مصادر وتأخذ أشكالاً مختلفة. فقد تأتي من العلاقات، والمواقف في العمل أو في البيت، أو قد تأتي من أشياء موجودة حولك مثل مطاعم الوجبات السريعة، أو إعلانات الملابس. قد يكون المنبه من أشياء غير شخصية مثل الوقت. فمعظم الناس الذين يعانون من مشكلة الشراهة يأكلون بشكل منفرد في المساء، أو في يوم محدد من الأسبوع. وقد تختبرين عدة منبهات قبل أن تظهر عليك الأعراض. وهذه المنبهات المتعددة تجعل عدم الاستجابة للرغبة في الأكل أكثر صعوبة. ويجد الناس أحياناً أن نفس الأشياء تنبههم مرة تلو المرة. لذا كان من المهم أن تعرفي ما هي منبهاتك كي تهيئي نفسك للتعامل معها.

أما بالنسبة للرغبة، فستنتهي لوحدها مع أنك قد تشعرين أثناء وجودها بأن هذا مستحيل. لكن الرغبات هي مثل موجات البحر: تبدأ بالتراكم وتكبر تدريجياً حتى تصل إلى القمة وتشتد

كثيراً، ثم تدريجياً وببطء شديد تتراجع وتنتهي. تحتاج الرغبة إلى 45 ثانية فقط حتى تتراجع وتنتهي.



والهدف من هذه الاستراتيجيات هو أن تساعدي نفسك بالمرور بالرغبة بأفضل طريقة تستطيعين القيام بها. ومن المهم أن تتذكري أن الأعراض قد تطورت ونمت لتساعدك في التعامل مع مشاكل الحياة الصعبة، لهذا فمن المرجح أن تشعري بالرغبة كاستجابة للمنبهات، وذلك لأن دماغك قد تعلم أن الأعراض تعطيك راحة مؤقتة من المشاعر السيئة والمؤلمة. كوني متسامحة مع نفسك فلا تحكمي على نفسك بقسوة لأن لديك الرغبات والأعراض. بل تذكري ان جهدك سيذهب على ادارتها والتحكم بها ومن ثم التخلص منها. فاضطرابات الأكل تستغرق وقتاً لتنمو وتحتاج وقتاً للشفاء منها.

عندما تصبحين على وعي بالمنبهات التي تدفعك وتنبهك للأكل قبل أو خلال حدوثها، ستستطيعين استعمال استراتيجيات تكيفية متعددة للتعامل مع هذه المنبهات والرغبات.

من هذه الاستراتيجيات:

1-التشتت: Distraction

قومي بنشاطات لا تتناسب مع سلوك الأكل أو تقلل منه. مثلاً أن تتركي الغرفة أو المكان الذي تظهر فيه الأعراض. حاولي أن تذهبي في نزهة أو إلى السينما أو إلى أماكن اخرى تحبينها. أو قد تقومين بنشاط يبقى يديك مشغولتين مثل العزف على آلة موسيقية، أو الخياطة أو الفن أو قد تكلمين صديقة لك على الهاتف، أو قد تذهبين في زيارة اجتماعية. استعملي الإنترنت أو خذي حمام. أما إذا كنت لا تستطيعين ترك البيت لأن لديك أطفال مثلاً ، فبإمكانك الاستماع إلى الموسيقى أو الرقص معهم. فالموسيقى تحسن من مزاجك ولا تتناسب مع سلوك الأكل أبداً. من الأفضل أن تقومي بشيء تحبينه. فإذا كنت تكرهين تنظيف الحمامات مثلاً، لا تستعمليه كنشاط ليشتت انتباهك عن الأكل. خذي بضع دقائق واكتبي على بطاقة خارجية قائمة بأسماء

الأنشطة التي تحبين القيام بها، وحافظي عليها في مكان مناسب. كلما شعرت بالرغبة في الأكل، ووجدت صعوبة في التفكير بأنشطة تبعد اهتمامك عن الأكل، ستجدين هذه القائمة سهلة المنال.

2–التأخير: Delay

قدري أنك ستنتظرين مدة محددة بعد شعورك بالرغبة قبل أن تلجأي للأكل. ابدأي تدريجياً، في البداية انتظري (5) دقائق ثم زيدي الوقت. بعد أن ينتهي الوقت المحدد، قومي بإعادة تقييم الموقف. فقد تقررين أن تحققي رغبتك أو قد تقررين التأجيل مرة أخرى. سواء قررت أن تأكلي أو أن تنتظري، ستساعدك هذه الاستراتيجية على زيادة إحساسك بالسيطرة على رغباتك، وستتعلمين أنك تستطيعين مقاومة البدء بالأكل بمجرد شعورك بالرغبة بذلك حتى ولو كان ذلك لمدة قصيرة. قومي بعمل شيئ يشتت انتباهك عن الرغبة في الأكل خلال فترة التأجيل.

3–الجمل التكيفية/ الحديث الذاتي الإيجابي: Coping phrases / positive self talk

شجعي نفسك وكوني متفائلة وأنت تشعرين بالرغبة. فقد يساعدك ذلك على المقاومة. مثال: حاولي قول بعض الجمل التالية: الرغبة ستزول، أو أستطيع القيام بذلك، أو لقد نجحت بذلك في السابق. فكري في جمل لها معنى لديك، ثم اكتبيها على الجهة الأخرى من بطاقة الأنشطة المشتتة للانتباه. واحفظي هذه البطاقة في مكان قريب من متناول يدك.

4–ابحثي عن الدعم الاجتماعي: Seek social support

اختاري صديقة أو قريبة لك من أفراد العائلة المقربين كي تقومي بالاتصال بها عندما تشعرين بالرغبة في الأكل. اتفقي معها على اهداف المكالمات التي ستجرى فيما بعد وذلك حسب طبيعة هذه الصديقة التي تختارينها، قد تتكلمين معها عن الرغبة، أو عن مشاعرك، أو قد تتكلمين معها عن شيء مختلف كلياً. الشعور بالارتباط والحميمية مع شخص آخر قد يساعدك على الشعور بشكل أفضل، وعلى التخلص من الرغبة في الأكل.

5–إدارة المواقف عالية الخطورة: Managing high risk situations

إذا وجدت أن الأعراض تظهر بعد أنواع محددة من المنبهات، أو في وقت محدد من اليوم. تستطيعين أن تضعي خطة لتقليل احتمال حدوث الأعراض في المرة القادمة أو في الموقف القادم. مثال: إذا كانت نوبات الأكل تأتي في المساء عندما تكونين وحدك في البيت، خططي لتخرجي في المساء، أو لدعوة صديقة لك. إذا كان المرور بمطعم للوجبات السريعة وأنت في طريقك للبيت هو المنبه، خططي للمرور بطريق آخر للبيت. وإذا كان الحديث مع

شخص محدد هو المنبه لنوبات الأكل، حددي تواصلك معه لفترة مؤقتة فقط حتى تصبح الأعراض تحت سيطرتك.

6- تسوق المشتريات: Grocery shopping

تتماشى هذه الاستراتيجية جنباً إلى جنب مع الأكل العادي. بعد أن تخططي ماذا ستأكلين، ضعي قائمة بالمشتريات والتزمي بها. هكذا سيكون لديك كمية من الأكل كافية وستتفادين أن تشتري الأكل الذي تغرقين به. وإذا كنت تعانين من فقدان السيطرة على كمية الأكل بين الوجبات وترغبين في أن تتعلمي السيطرة على الكمية، إذاً اشتريها بكميات صغيرة، فبدلاً من أن تشتري كيساً كبيراً من رقائق البطاطا، اشتري كيساً صغيراً. ولا تقومي بشراء مشترياتك وأنت جائعة.

7- اجعلي بيئتك آمنة: Making your environment safe

إذا كان وجود بعض الأشياء في بيتك تنبهك للجوء لنوبة الأكل، قومي بإزالتها أو ضعي عليها غطاء. مثلاً تخلصي من الميزان إذا كنت تزنين نفسك بشكل قسري. كذلك إذا كانت رؤيتك لنفسك في المرأة منبه لك، قومي بلف المرأة بورق غامق (لكن اتركي مساحة في الأعلى لتمشيط شعرك). وأزيلي كل الصور التي تذكرك بأن عليك أن تقومي بالحمية.

8- حللي النجاحات السابقة: Analyzing past successes

خذي بعض الوقت لتفكري بمواقف سابقة شعرت بها بالرغبة لكن لم تنفذيها. ما الموقف الذي ساعدك على إيقاف الرغبة؟ هل كنت في مكان محدد؟ أو مع شخص محدد؟ ماذا كنت تفعلين في ذلك الوقت؟ إن تقييم كل العوامل التي ساهمت في نجاحك بتفادي الرغبة، ستعطيك أفكاراً في التعامل مع الرغبات القادمة. وقد تكتشفين أن وجودك بين الناس يساعدك، أو ذهابك إلى مكتبة مثلاً وسيلة جيدة لتشتيت انتباهك عن الرغبات.

من المفيد جداً أن تجربي العديد من الاستراتيجيات التكيفية. فبعضها يكون أفضل في مواقف محددة وفي أوقات محددة. من المفيد أيضاً أن يكون لديك العديد من الأدوات والأفكار في بالك. في حال استطعت استعمال استراتيجية محددة، فإن بإمكانك تطبيقها في أوقات مختلفة من سلسلة المنبه ←الأعراض. مثلاً إذا كان المنبه حدث لا تستطيعين الهروب منه، بإمكانك تطبيق الاستراتيجية قبل حدوثه. أو قد تطبقين الاستراتيجية بعد حدوث المنبه، وقبيل الرغبة.

استراتيجية (**المنبه**) استراتيجية (**الرغبة**) استراتيجية (العرض).

إذا كانت عاداتك الغذائية غير منظمة وتشعرين بأنها في فوضى عارمة، من الأفضل أن تركزي في البداية على ذلك الجزء من النهار الذي يكون فيه أسلوبك في الأكل هو الأفضل وعادة يكون ذلك في الصباح بعدما تركزين وتسيطرين على نفسك في هذا الوقت، ابدأي بتطبيق النمط الجديد على باقي النهار. هكذا كلما كانت خطواتك بطيئة ومركزة، كان ذلك أفضل. من المهم جداً إذا فشلت في بعض الأوقات ألا تنظري لذلك على أنه فشل ذريع وأنه افسد نهارك بالكامل. لا تنظري إلى الأمور بأنها بيضاء أو سوداء. إن أي نجاح ولو بسيط هو نجاح لك وضمان بأنك تسلكين الطريق الصحيح.

الواجب البيتي:

قومي باختيار وتطبيق بعض الاستراتيجيات السابقة بناءاً على مدى شعورك بالراحة والسيطرة عند التطبيق. في نهاية كل يوم ضعي نسبة نجاحك على مقياس من (صفر) إلى (عشرة). وسيساعدك هذا المقياس على تحديد مدى التزامك اليومي بتطبيق هذه الاستراتيجيات.

الاستراتيجية	نسبة النجاح (0 – 10)

الجلسة الثالثة عشرة: زيادة الوعي حول أسباب استمرار اضطراب الأكل ومقاومته للتغيير.

أهداف الجلسة:

1. أن تعرف المشاركات أسباب تمسكهن باضطرابات الأكل وخوفهن من تركها.

الأساليب والأدوات:

المناقشة والحوار، وطرح الأسئلة، والنشرات، و powerpoint.

الإجراءات

- بعد الترحيب بالمشاركات، تلخص المرشدة ما دار في الجلسة السابقة.
- تناقش المرشدة الواجب البيتي من خلال الحوار.
- توزع المرشدة النشرة رقم (1) التخلي عن اضطراب الأكل، ما الذي تتخلين عنه أيضا؟
- تشرح المرشدة لماذا تتردد بعض المشاركات أو حتى تخاف من التخلص من مشكلة الأكل، وذلك بهدف زيادة وعي المشاركات بالنواحي التي يعتبرنها إيجابية لاضطرابات الأكل.
- تطلب المرشدة من كل مشاركة تحديد السبب الذي تراه وراء مشكلتها.
- تناقش المرشدة مع كل مشاركة أسباب خوفها من النجاح في التخلص من هذا الاضطراب.
- تلخص المرشدة ما دار في الجلسة، ثم توزع الواجب البيتي، وتنهي المرشدة الجلسة.

النشرة رقم (1) التخلي عن اضطراب الأكل: ما الأشياء الأخرى التي تتخلين عنها؟

عندما تبدأ عملية الشفاء من اضطراب الأكل، وتبدأ عملية الأكل الطبيعي، والسيطرة على الأعراض، واستقرار الوزن، قد تشعرين بأن هناك عائق يمنعك من إكمال الطريق. فقد تشعرين بالإحباط من أنك لا تستطيعين عمل ذلك.

من المفيد في هذه المرحلة أن تستكشفي الأشياء التي تتخلين عنها وأنت على طريق الشفاء. فقد تخافين خسارة بعض الأشياء. إذا استطعت تحديد الأهداف التي يخدمها اضطراب الأكل سيساعدك ذلك على التقدم إلى الأمام في عملية الشفاء.

1-مسكّن ومهدّئ ذاتي: Self-soothing

نستطيع وصف نوبات الشراهة بأنها وسيلة لتهدئة الذات. فهي تساعد على تخفيف الشعور بالضغط. وقد يكون الأكل هو الوسيلة الوحيدة التي تشعرين بها بأنك في فترة راحة. فقد لا تعرفين وسيلة أخرى للراحة وإعطاء وقت لنفسك. فقد تشعرين أن الأكل الزائد هو الوسيلة الوحيدة للحصول على المتعة. وأن الأكل هو صديقك الوحيد. لذا قد تكونين مترددة في التخلي عنه بالرغم من الشعور بالكرب وكراهية الذات التي تتبع نوبات الأكل الزائد.

2-الدعم الاجتماعي Social reinforcement

الاستجابة التي يحصل عليها الفرد من الآخرين قد تكون معزز قوي لمشكلة الأكل. فالآخرون الذين لا يعرفون أن لديك مشكلة قد يمدحون قدرتك على عمل الحمية أو ممارستك الرياضة. أما الأشخاص الذين على وعي بالمشكلة فقد يستجيبون بدعمك والاهتمام بك. وقد تخشين من خسارة هذا الاهتمام والدعم إذا تعافيت. حتى لو كنت تحصلين على اهتمام سلبي (مثل المجادلة معك حتى تتوقفي عن الأكل إذا كنت تعانين من الشراهة. أو المجادلة معك لتأكلي إذا كنت تعانين من الأنوريكسيا، أو اللحاق بك إلى الحمام إذا كنت تعانين من البوليميا) فإن فكرة التخلي عن ذلك يكون مرعباً إذا كنت تشعرين أن هذه هي الطريقة الوحيدة التي سيلاحظك بها الناس ويهتمون بك.

3-المحافظة على وحدة العائلة: Preservation of the family unit

قد يقوم اضطراب الأكل بتحويل الانتباه عن المشاكل الأخرى الموجودة في علاقتك مع زوجك أو في عائلتك. فإذا كان تركيز العائلة على هذه المشكلة فسيقومون بتجاهل المصاعب الأخرى. لذا من السهل أن تعتقدي أن اضطراب الأكل هو الصمغ الذي يحافظ على وحدة العائلة. وأن تخافي من أن الشفاء قد يسبب تفكك العائلة.

في حالة العلاقة بين الزوجين فقد تتمحور العلاقة حول مشكلة الأكل. قد لا يكون لدى الزوجان أشياء كثيرة مشتركة للتكلم عنها أو للقيام بها إلا هذه المشكلة. فقد يكون الزوج قد أخذ دور مقدم الرعاية وقد يشعر أنه لا حاجة له إذا تعافت زوجته وأصبحت مستقلة. وهكذا قد تصل الزوجة إلى اعتقاد أنها يجب أن تبقى مريضة لتنقذ هذه العلاقة.

4-حماية من الفشل Safeguard against failure

أحياناً قد يشعر الشخص الذي يعاني من مشكلة الأكل أنه لم يعش حياته بل وضعها في حالة الانتظار on hold. فقد تكونين قد توقفت عن متابعة دراستك أو عن تحقيق أهداف العمل. أو عن البدء بإنشاء عائلة. قد تكونين في انتظار أن تصلي إلى وزنك المثالي قبل البدء بأخذ أدوار جديدة. لكن مع الوقت تجدين أن مشكلة الأكل تأخذ الكثير من وقتك وجهدك وصحتك، لهذا أنت غير قادرة على عمل كل هذه الأشياء. بهذا تكون مشكلة الأكل حاجز يحميكي من تحديات الحياة بسبب عدم التمرس في إدارة تحديات الحياة اليومية، قد تخافين من أن الشفاء قد يصاحبه العديد من الأدوار والمسؤوليات الكثيرة. وهكذا فإن بقاؤك مصابة باضطراب الأكل وسيلة للمحافظة على وضعك كما هو، ولعدم مواجهة احتمال الفشل في المهام المتعددة المتوقعة منك.

5-تفادي الجنس: Avoidance of sexuality

أن تكوني مريضة بنوبات الأكل الزائد معناه التقليل أو التوقف عن النشاط الجنسي. هذا قد يكون نتيجة المرض أو نتيجة تاريخ من الإساءة. هكذا يكون اضطراب الأكل وسيلة لحماية الذات من التواصل والحميمية التي تمثل التعرض للألم عندما تعتاد المرأة على عدم التواصل الجنسي، قد تخاف من أن الشفاء سيجدد التوقعات للاستجابة الجنسية. فقد تخافين أنه إذا وصلت إلى الوزن المثالي ستظهر أنوثتك، وجاذبيتك الجنسية وستواجهين تحديات مرتبطة بالعلاقات المستقبلية. كل هذا قد يرتبط لديك فقدان السيطرة على جسمك، ليس فقط من ناحية الوزن، بل أيضاً من الناحية الجنسية. فالوزن الزائد سيعطيك شعور بالحماية من الحميمية.

6-تجنب الذكريات أو المشاعر: Avoidance of memories or feelings

قد يكون اضطراب الأكل وسيلة فعالة للهروب من الذكريات والمشاعر المؤلمة، فالدائرة السيئة من نوبات الأكل الزائد ومضاعفاتها تشكل مشتت قوي عن المشاكل الأخرى. مثلاً المشاركة التي تعرضت للإساءة قد تستطيع المحافظة على ذكرياتها على مسافة بعيدة، من خلال الانشغال بالأكل والوزن. وعندما تصل إلى الوزن الصحي، وتأكل بشكل طبيعي، وتتوقف عن الشراهة، ستظهر هذه الذكريات على السطح وستزداد شدتها. فإذا شعرت بأنها غير قادرة على إدارة هذه المشاعر، سيعطل ذلك عملية الشفاء. وإذا كانت الإساءة ليست هي موضوعنا، فالمشاعر السلبية ستكون مؤلمة جداً بل ومخيفة عندما لا تكوني معتادة على التعامل معها. لهذا فقد تشعرين في مرحلة ما خلال عملية الشفاء بأنك أسوأ ولست أفضل حالاً عن ذي قبل، وذلك

لأنك معتادة أكثر على الصراعات المرافقة لاضطرابات الأكل، أكثر من اليأس المرافق للمشاعر السلبية غير المعتادة.

7-المحافظة على السيطرة Maintaining control

مع أنك بشكل عام تشعرين بأنك غير مسيطرة على جسمك وعلى حياتك، إلا أنك في كثير من الأحيان يراودك شعور بأن اضطراب الأكل هو فرصتك الوحيدة للسيطرة. أو أنك قد تخشين من أن الاستغناء عن الأكل سيؤدي بك إلى الشعور بفقدان السيطرة. فالدائرة التي تدخلين بها من تجويع ثم نوبات أكل زائد قد تنظرين إليها بأنها ملكك وحدك، وبأنك الوحيدة القادرة على السيطرة عليها. وهذا يأتي من هدفك بالحصول على جسم ذا طابع محدد. وواقع أن هذه السلوكات تخصك وحدك، فالتعلق بالأكل قد يمثل لك الوسيلة الوحيدة للمحافظة على تصميمك الذاتي.

ومع أن هذه الدائرة لن تزودك بالشعور بالكفاءة الذاتية، لكن التخلي عنها سيمثل التخلي عن البحث عن الكفاءة الذاتية. فقد يكون لديك إحساس بأن إرادتك هي المسيطرة في حالة المرض. أما في الصحة فتوقعات وطلبات الآخرين هي المسيطرة. كما قد يكون لديك خوف من أن التخلي عن الأكل، سيؤدي بحاجاتك ومشاعرك وحتى شعورك بالجوع إلى الخروج عن سيطرتك. فقد تشعرين بأن الأكل هو الوسيلة الوحيدة لإنكار حاجاتك الجسدية والانفعالية والحرمان منها. هناك سبب آخر يشعرك بالسيطرة وأنت تعانين من المرض، وهو شعورك بأن حياتك مألوفة ومتوقعة. فهي العدو الذي تعرفينه.

فأنت لا تستطيعين التنبؤ بالمستقبل بدون مشكلة الأكل. ماذا لو فشلت في مهام الحياة غير العادية؟ لذا تفضلين المرض الذي تعرفينه على الشفاء المجهول.

8-مفهوم الذات: Self-concept

الحصول على جسد نحيف يعطي الشخص إحساساً بالفخر والإنجاز، ومصدراً لتقدير الذات وللشعور بالأهمية بل حتى هوية ذاتية. لأن تقييمك لذاتك مرتبط بشكل مباشر بصورة الجسد، فالنحافة أو محاولة الوصول إلى النحافة قد تكون طريقتك الوحيدة لتحسين شعورك تجاه نفسك. فقد تشعرين أنك مهمة إما في قدرتك على المحافظة على جسد نحيف أو في وضعك كمريضة أو كشخص يعاني من مرض ما. قد تعرفين على نفسك من خلال مرضك. فقد يكون اضطراب الأكل هو هويتك الوحيدة وقد تعتقدين أنك ستنفصلين عن ذاتك إذا تخليت عنه.

تلخيصاً لكل ما سبق نجد أن اضطراب الأكل هو وسيلة تكيفية لكنها غير قادرة على حل المشاكل. ويدفع الفرد ضريبة كبيرة عليها من صحته التي تسوء ومن عدم قدرته على عيش الحياة التي يختارها. فإذا استطاع كل منا التعرف على حاجاته وتحديدها وما الذي يلبيها بدل اضطرابات الأكل، فقد نبدأ في إيجاد أساليب أخرى لتلبية هذه الحاجات.

الواجب البيتي: التفكير بالإيجابيات والسلبيات

1- ما الفوائد التي تحصلين عليها من اضطرابات الأكل؟ وما الأهداف التي تحققينها؟

2-بماذا تخاطرين بالتخلي عن اضطراب الأكل؟

الجلسة الرابعة عشرة: تقبل صورة الجسد لتحسين اضطراب الأكل.

أهداف الجلسة:

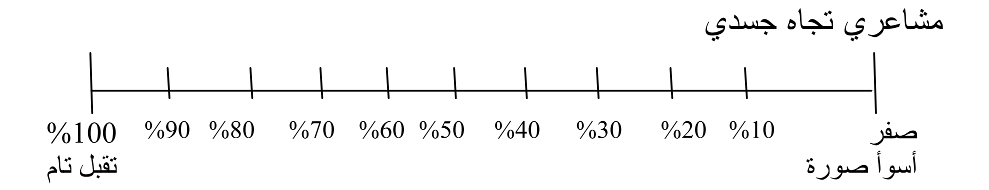
1. أن تتعرف المشاركات على معنى صورة الجسد.
2. أن تستكشف المشاركة مشاعرها نحو جسدها.
3. أن تقدر المشاركة على مقياس تقبل صورة الجسد درجة تقبلها لجسدها.
4. أن تستكشف المشاركة أفكارها حول جسدها.
5. أن تتعلم المشاركة كيف تصيغ أفكارها بأسلوب موضوعي دون إطلاق الأحكام.

الأدوات والأساليب:

الحوار والمناقشة، وطرح الأسئلة، وتوزيع النشرات، وpowerpoint.

الإجراءات
- بعد الترحيب بالمشاركات، تتم مناقشة الواجب البيتي عن طريق الحوار. - تبدأ المرشدة بنشاط رقم (1) مقياس تقبل صورة الجسد. - تطلب المرشدة من كل مشاركة أن تحدد على المقياس درجة تقبلها لجسدها. - تعطي المرشدة لكل مشاركة فرصة الكلام حول كيفية تحديد الدرجة ولماذا. - تشرح المرشدة مفهوم صورة الجسد ومعناه وأهميته ومستواه ومدى تأثيره على اضطراب الأكل، وذلك بعد توزيع نشرة رقم (1) واعطاء المشاركات بعض الوقت لقراءتها. - تطلب المرشدة من المشاركات قراءة النشرة رقم (2) ثم القيام بالنشاط رقم (2). وهو عبارة عن تمرين: (مع أنني.................إلا أنني............................). - تعطي المرشدة بعض الوقت للسيدات للقراءة ثم الإجابة. - تعطي المرشدة أمثلة عن إصدار الأحكام وكيفية تحويلها إلى جمل موضوعية. - تطلب المرشدة من كل واحدة من المشاركات أن تتحدث عن الجمل التي كتبتها وبالمشاركة مع باقي المشاركات تقوم بتحويل هذه الجمل إلى جمل موضوعية. - تعطي المرشدة النشرة رقم (3) للسيدات وهي تتعلق بعشر خطوات لتصلي إلى صورة جسد إيجابية. - تناقش المرشدة كل خطوة مع المشاركات. - تلخص المرشدة الجلسة، ثم تعطي الواجب البيتي وتركز على ضرورة ممارسة بعض النقاط فيه لمناقشتها في الجلسة القادمة. - تنهي المرشدة الجلسة بعد الشكر.

نشاط رقم (1) مقياس تقبل صورة الجسد



نشرة رقم (1) صورة الجسد:

تعريف صورة الجسد:

صورة الجسد لا تتعلق بالجمال والجاذبية فقط، بل هي الفكرة التي نحملها عن ما تبدو عليه صورة جسدنا التي نكونها في عقلنا. فهي الصورة التي نحتفظ بها عن حجم الجسد وشكله وتكوينه، ومشاعرنا تجاه خصائص كل جزء من جسدنا. وعندما نقوم بتقييم شكلنا الخارجي تؤثر إدراكاتنا واتجاهاتنا على سلوكنا.

هناك (3) مكونات أساسية لصورة الجسد:

1. المكون الإدراكي: كيف يرى الشخص جسده ويتضمن تقييم الحجم.
2. اتجاهاته نحو جسده ATTITUDINAL: كيف يشعر الشخص نحو شكل جسده المدرك ويقيمه.
3. المكون السلوكي: كيفية تأثير هذه الإدراكات والاتجاهات على سلوك الشخص.

نستطيع التمييز بين العنصر التقييمي والعنصر الإستثماري. فيشير العنصر التقييمي إلى رضانا أو عدم رضانا عن جسدنا وشكلنا الخارجي. أما العنصر الاستثماري فيشير إلى مدى الأهمية التي يضعها الشخص على شكله. فإذاً صورة الجسد السلبية تتكون من:

1- تشوه في الإدراكات.

2- الفشل في تحقيق أهداف واقعية فيما يتعلق بالوزن والحجم مما يؤدي إلى عدم الرضا عن الجسد وبالتالي المزاج السيئ.

3- الاستثمار في الشكل الخارجي كمعيار أساسي في التقييم الذاتي مما يؤدي إلى الاهتمام الانتقائي بالرسائل المتعلقة بالشكل الخارجي.

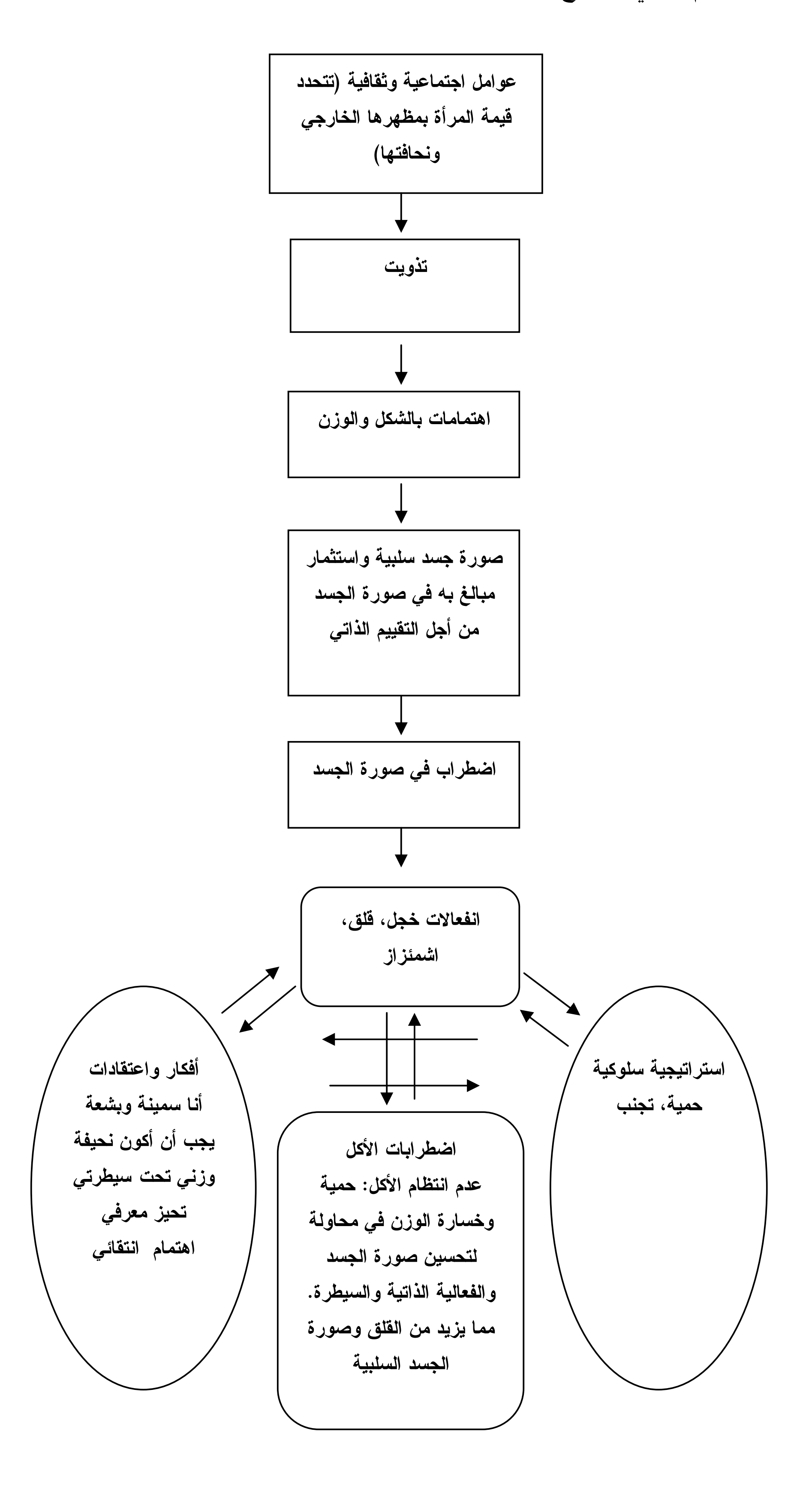
4- السلوك مثل السعي وراء النحافة عن طريق الحمية أو أية وسيلة أخرى لإنقاص الوزن.

إن صورة الجسد السلبية تتعلق بوزن الجسم وشكله وببعض أجزاء الجسم التي تتأثر بالوزن بشكل كبير مثل البطن والخصر. وصورة الجسد مشكلة مهمة وأساسية لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الأكل. فعدم الرضا عن الجسد يعتبر عامل خطر رئيسي في تطوير اضطرابات الأكل. وإذا لم نحسن من صورة الجسد، ستبقى المشاركة معرضة لخطر الانتكاسة. فالاهتمام الزائد بحجم الجسد وشكله وصورة الجسد السلبية من المظاهر الأساسية لاضطرابات الأكل. وبدون تحسين صورة الجسد، يبقى الشخص معرضاً للانتكاسة. إن تغيير صورة الجسد عملية ليست سهلة، وذلك لأن كل شخص ينمي مجموعة من العادات لإدارة الانفعالات المؤلمة. لكن هذه العادات تحافظ على صورة الجسد السلبية ولا تحسنها.

هناك العديد من الأسباب التي تجعلنا نهتم بصورة الجسد منها: أن الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات في الأكل، يعرضهم انشغالهم الدائم بشكلهم للاكتئاب ولاستهلاك الوقت بالتفكير في الموضوع مما يؤثر على حياتهم اليومية.

قد يؤثر الانتقاد الدائم للشكل الخارجي إلى التأثير السلبي على مفهوم الذات، وبالتالي إلى الوعي المبالغ به، والتضخيم الكبير لأجزاء الجسم المكروهة. هذا الاهتمام الانتقائي للمعدة أو للأرداف مثلاً يؤدي إلى درجة عالية من الكرب.

الرسم التالي يوضح العلاقة بين اضطرابات الأكل وصورة الجسد:



النشرة رقم (2) عدم إصدار الأحكام:

كم هو جميل شعورنا بالحرية بعد أن يكون بمقدورنا أن نرى أن أفكارنا هي مجرد أفكار وهي ليست حقيقة. بمجرد اكتشافنا أن أفكارنا هي فقط أفكار، سنشعر بأننا أحرار من الحقيقة المشوهة التي تخلقها أفكارنا. سيعطينا ذلك نظرة أوضح عن حياتنا وإحساس أكبر بقدرتنا على إدارة حياتنا. لذا نجد انه من المهم جداً أن نتقبل أنفسنا كما نحن. ومن ضمن الأشياء الواجب تقبلها جسدنا. فالتقبل عملية تأكيد للذات وليست الاستسلام السلبي. فهي تتضمن جهود واقعية وبناءة من أجل التغيير. هنالك توازن حساس بين التقبل والتغيير. فنحن نهدف إلى زيادة الوعي ومواجهة أفكارنا وانفعالاتنا التي كنا نحاول تجنبها لسنوات طويلة. بعد ذلك نستطيع الاستجابة بمرونة أكبر لخبراتنا الانفعالية. فنحن نستجيب لأفكارنا وانفعالاتنا تجاه صورة الجسد باعتبارها واقعية وليست ذاتية. لذا فإن تبني مواقف عدم إصدار الأحكام سيساعدنا. بالنسبة لبعض الأشخاص، خاصة الذين تعرضوا لخبرات مؤلمة في مرحلة الطفولة، تكون انفعالاتهم وأفكارهم السلبية قوية جداً لا يستطيعون تهدئة أنفسهم ورعاية أنفسهم أبداً. لذا قد يصلون إلى مرحلة الرفض التام لأنفسهم ولجسدهم، وقد لا يتقبلون أية رعاية واهتمام ومواساة من الآخرين.

نحن هنا نحاول زيادة الوعي بكل ما سبق، ثم نحاول تغيير ذلك بتبني موقف أقل خطورة على أنفسنا وهو موقف عدم إصدار الأحكام. زيادة الوعي لا يعني التركيز على أفكار ومشاعر محددة، بل أن نبدأ بالاهتمام بكيفية تغيير هذه المشاعر والأفكار وتبني موقف عدم إصدار الأحكام ونبدأ بممارسة التقبل حتى لا نشعر بأن هذه المشاعر والأفكار تهددنا فنضطر إلى الهرب منها وتفاديها. كل ذلك يساعدنا ويؤدي بنا إلى فهم أنفسنا بشكل أكبر والاستجابة بمرونة أكبر للمشاكل والمواقف الصعبة التي تواجهنا.

عدم إصدار الأحكام مهم جداً في هذا البرنامج. فهذا الموقف عبارة عن تقبل الواقع كما هو. ويتضمن اكتشاف الأفكار، والانفعالات، والأحاسيس الجسدية في كل خبرة تمرين بها دون أي محاولات للسيطرة على الخبرة الذاتية. عدم إصدار الأحكام لا يعني الحكم الإيجابي، فالحكم يتضمن تقييم شيء جيد أو سيء. ومن المهم أن نفهم أن حبنا لجسدنا يختلف عن تقبلنا له. فحبنا لجسدنا هو نتيجة تقييم إيجابي له، وبالنسبة لمعظم الناس هو تقييم غير واقعي.

من المرجح أن تجدي صعوبة في البداية بأن تجدي جملاً موضوعية لا تتضمن إصدار أحكام على صورة الجسد، لذا يجب الانتباه إلى ما يلي:

1. من الصعب جداً في ضوء ما نحمله من عبء ثقافي، أن نعطي ملاحظات موضوعية غير تقييمية حول أجسادنا.
2. علينا أن نفرق بين مهارتين: مهارة الملاحظة ومهارة الوصف.
3. فكري في الفرق بين الجملتين التاليتين: "أنا سمينة" و "لدي فكرة بأنني سمينة".
4. يجب أن نكون على وعي وأن نفرق بين الأفكار والأحكام.

نشاط رقم (2) عدم إصدار الأحكام

هناك نوعين من الجمل: الجمل غير التقييمية تصف كمية الوقت المبذول في أداء نشاط ما، كيف قامت المشاركة بالعمل على مهمة ما حتى أكملتها. أما الجمل التقييمية فهي تتضمن إصدار أحكام مثل أنا كسولة.

اكتبي تحت الجهة الأولى الجمل التي تطلقين فيها أحكاماً سلبية على نفسك. ابدأي بجمل عامة عن حياتك وعملك وإنجازاتك، ثم مظهرك وأخيراً صورة الجسد لديك. ثم حولي هذه الجمل في الجهة المقابلة إلى جمل واقعية وموضوعية أكثر كما في المثال التالي:

مثال:

إصدار الأحكام ——————————— جمل موضوعية وواقعية

مع أنني.......................................إلا أنني...................

1. مع أنني ارى نفسي غبية .... الا أنني أفهم هذه المعلومة.
2. مع أنني سمينة .... الا أنني ارى نفسي جديرة بالإحترام.
3. مع أنني أكره جسدي......................... الا أنه يقوم بالمطلوب منه.

4. ....

5. ....

6. ....

النشرة رقم (3): (10) خطوات للحصول على صورة جسد إيجابية:

هذه النقاط لن تحول الأفكار السلبية عن جسدك إلى أفكار إيجابية بشكل اوتوماتيكي، لكنها قد تساعدك بأن تفكري بأساليب أكثر إيجابية وأكثر صحية عندما تنظرين إلى نفسك. كلما قمت بذلك كلما زادت مشاعرك الإيجابية نحو نفسك ونحو جسدك:

1- أشعري بالامتنان لكل ما يستطيع جسدك أن يفعل، ففي كل يوم يمر، يحملك جسدك إلى تحقيق حلمك. احتفلي بكل الأشياء الرائعة التي يستطيع جسدك القيام بها مثل الركض والرقص والتنفس...

2- ذكّري نفسك أن الجمال الحقيقي ليس سطحياً. فعندما يكون شعورك جيد حول نفسك ومن أنت، فأنت تعطين نفسك إحساساً بالثقة بالذات وبتقبل الذات وبالانفتاح على الخبرات. مما يجعلك جميلة بغض النظر عما إذا كنت تشبهين عارضات الأزياء أم لا . فالجمال حالة موجودة في عقلك وليست في جسمك.

3- أنظري إلى نفسك كإنسانة متكاملة. فعندما تنظرين إلى نفسك في المرآة، اختاري ألا تركزي على أعضاء محددة من جسمك، أنظري لنفسك كما تحبين أن يراك الآخرون إنسانة جديرة بالاحترام.

4- أحيطي نفسك بأناس إيجابيين، حيث يصبح من السهل أن يكون لديك مشاعر إيجابية تجاه نفسك وجسدك عندما يكون حولك أشخاص داعمون ويعرفون أهمية أن تقدري نفسك كما أنت.

5- أوقفي تلك الأصوات الموجودة في رأسك، والتي تقول لك أن جسدك ليس صحيحاً أو أنك إنسانة سيئة. فأنت تستطيعين التغلب على الأفكار السلبية بالأفكار الإيجابية. في المرة القادمة التي تبدأين فيها بانتقاد ذاتك، توقفي وحاولي إعادة بنائها من جديد بتأكيدات وأفكار إيجابية سريعة لها تأثير عليك.

6- البسي ملابس مريحة تجعلك تشعرين بمشاعر إيجابية تجاه جسمك، اعملي لدعم جسمك وليس ضده.

7- كوني مشاهدة ناقدة للرسائل الاجتماعية والإعلانات. انتبهي للصور والشعارات والاتجاهات التي تجعلك تشعرين شعوراً سيئاً تجاه نفسك وجسدك. احتجي على

هذه الرسائل بطريقة ناقدة. اكتشفي ما بها من مبالغات وادعاء غير صادق. اكتبي رسالة إلى صاحب الإعلان أو تكلمي مع الصورة أو الرسالة.

8- افعلي شيئاً لطيفاً لنفسك. شيء يفهم منه جسدك أنك تقدرينه. خذي قيلولة أو جاكوزي أو حتى اختاري مكاناً هادئاً في الخارج لترتاحي فيه.

9- استغلي الوقت والجهد اللذين تبذلينهما في القلق بشأن الأكل والوحدات الحرارية والوزن في مساعدة الآخرين. فمساعدة الآخرين ستساعدك على تحسين مشاعرك تجاه نفسك وستحدث تغييراً إيجابياً في عالمك.

الواجب البيتي: اقرأي النقاط التالية واختاري النقاط التي تناسبك وقومي بتطبيقها ثم سنناقشها في الجلسة القادمة:

(20) طريقة لتحبي جسدك:

1- فكري في جسدك على أنه السيارة التي ستوصلك إلى تحقيق أحلامك. احترميه، وقدريه واملئيه بالوقود.

2- ضعي قائمة بكل الأشياء التي يسمح لك جسدك بالقيام بها، اقرأيها وأضيفي إليها بشكل مستمر.

3- كوني على وعي بما يستطيع جسدك أن يفعله كل يوم. تذكري أنه أداة حياتك وليس للزينة.

4- ضعي قائمة بأسماء أشخاص أنت معجبة بهم. أشخاص ساهموا في حياتك ومجتمعك وربما العالم، فكري فيما إذا كان شكلهم له دور كبير في نجاحهم وإنجازاتهم.

5- لا تدعي شكلك أو وزنك يمنعانك من الأنشطة التي تحبين القيام بها.

6- امش ورأسك مرفوع عالياً، وتحدثي بصوت واضح وملء الثقة يدعمك كبرياؤك وثقتك بنفسك كإنسانة. لا تفكري بان الآخر ينظر الى جسمك بل يسمع صوتك وكلماتك.

7- البسي ملابس مريحة تحبينها وتعكس أسلوبك الشخصي وتشعرين أنها ملائمة لجسدك.

8- فكري بالنعم التي لديك وليس بما ليس لديك.

9- فكري بكل الأشياء التي تستطيعين إنجازها بنفس الوقت والجهد اللذين تقضيهما في القلق على جسدك وشكلك. جربي واحدة.

10- كوني صديقة جسمك وليس عدوته.

11- فكري بهذه الأشياء : الجلد يبدل نفسه مرة كل شهر، خلايا معدتك مرة كل (5) أيام، وكبدك كل (6) أسابيع، والهيكل العظمي كل (3) أشهر. إن جسدك مميز ابدأي باحترامه وتقديره.

12-اشكري جسمك كل صباح لانه ارتاح واستعاد نشاطه لتستطيعي الاستمتاع بيومك.

13-في كل مساء عندما تخلدين إلى النوم، اخبري جسدك كم أنت ممتنة لما عمله لك خلال اليوم.

14-جدي نوعاً من أنواع الرياضة تحبينه وقومي به. لا تتمرني لتخسري وزن وتحاربي جسدك. بل لسلامة وصحة جسدك ولتقويته، ولتشعري بشعور جيد. فأنت تقومين بالتمارين من أجل المتعة واللياقة والصداقة. 3Fs: fun/fitness/friendship.

15-فكري بوقت سابق من حياتك كان شعورك تجاه جسدك جيداً. أخبري نفسك أنك تستطيعين الشعور هكذا مرة أخرى بجسدك هذا وبعمرك هذا.

16-ضعي لافتة على كل مرآة لديك تقول: أنا جميلة من الداخل والخارج.

17-اختاري بأن تجدي الجمال في العالم وفي نفسك.

18-ابدأي بالقول لنفسك: الحياة قصيرة جداً حتى أضيع وقتي وأنا أكره جسدي بهذه الطريقة.

19-كلي عندما تشعرين بالجوع. ارتاحي عندما تشعرين بالتعب. أحيطي نفسك بأشخاص يذكرونك بقوتك الداخلية وجمالك الداخلي.

20-احتفظي بقائمة اكتبي عليها أكثر (10) أشياء تحبينها فيك. أشياء ليس لها علاقة بوزنك أو شكلك. اقرأي هذه القائمة مراراً وكلما تذكرت شيئاً أضيفيه اليها.

الجلسة الخامسة عشرة: تدريب المشاركات على استراتيجية العلاج بالمواجهة لتغيير صورة الجسد.

أهداف الجلسة:

1. أن تفهم المشاركات مبدأ العلاج بالمواجهة exposure treatment.
2. أن تتهيأ المشاركات لممارسة المواجهة.
3. التدريب على المواجهة.

الأدوات والأساليب:

الحوار والمناقشة، وطرح الأسئلة، والمرآة، والنشاطات، والبطاقات، وpowerpoint.

الإجراءات

–بعد الترحيب بالمشاركات وشكرهن على القدوم، تناقش المرشدة الواجب البيتي السابق من خلال الحوار.

– تعطي المرشدة النشرة رقم (1) والتي تشرح باختصار موضوع العلاج بالمواجهة.

– تركز المرشدة على النقاط الأساسية للعلاج بالمواجهة.

– تشرح المرشدة خطوات العلاج .

–تطلب المرشدة من المشاركات القيام بالتمرين كل واحدة بدورها.

– تطلب المرشدة من مشاركة أن تقف أمام المرآة.

– تعطي المرشدة الإرشادات إلى المشاركات للقيام بالخطوات بطريقة صحيحة.

– تساعد المرشدة كل مشاركة بتحديد الأفكار السلبية وتحويلها إلى أفكار موضوعية.

– تطلب المرشدة من المشاركات المساعدة في ضبط هذه الأفكار.

– بعد انتهاء المشاركات من المواجهة تطلب المرشدة من كل مشاركة أن تقوم بالتمرين مرة أخرى لكن عليها أن تركز هذه المرة على تلك الأجزاء من جسمها التي تتفقدها دائماً أو التي تحاول تجنبها.

– تلخص المرشدة الجلسة ، و تعطي الواجب البيتي، ثم تنهي الجلسة بعد الشكر.

نشرة رقم (1) العلاج بالمواجهة:

الهدف من هذا النوع من العلاج هو التخفيف والتغلب على المشاعر السلبية التي تختبرينها والتخلي عن الأحكام والانتقادات السلبية التي تطلقينها على جسدك وصورته. وهذا يتضمن:

1. مواجهة المشاعر والإدراكات التي كنت تقومين بتجنبها.
2. تغيير موقفك (أفكارك وأحكامك) تجاه نفسك وتجاه جسدك.

إن هذا التمرين يتضمن أن تشاهدي نفسك في مرآة طويلة بعد ارتداء ملابس تكشف عن جسدك لتنظري له بوضوح في المرآة مع مشاهدة كل الأجزاء التي تكرهينها فيه.

يتضمن العلاج بالمواجهة:

1. **مواجهة المشاعر والإدراكات التي كنت تحاولين تجنبها.**

المبدأ الأساسي لهذا العلاج هو تعريضك لمثير يقوم بتنبيه المشاعر والأفكار السلبية لديك والتي كنت تحاولين تجنبها، ولكن بإرغام نفسك على مواجهتها ستقل هذه المشاعر والأفكار وتزيد قدرتك على تحملها. وهو ما يعرف بمبدأ يسمى الاعتياد habituation. سنقوم بالكشف عن أفكارك ومشاعرك وأحكامك عن جسمك باستخدام المرآة. سنعمل على تغييرها من خلال تكرار مواجهتك لها.

للوهلة الأولى: قد يبدو هذا الأمر مخيفاً، لكننا سنوضحه بمثال بسيط. تخيلي أنك تسمعين صوتاً عالياً الآن. ستكون استجابتك على الأغلب شعور بالفزع (مثال: يا إلهي ما هذا؟) وسيكون شعورك بالقلق عالٍ. سيبقى القلق عالياً حتى تتأكدي أن هذا الصوت لا يشكل أي تهديد لك، في تلك اللحظة سيقل القلق ثم يختفي. تخيلي أنك تسمعين الصوت للمرة الثانية. في البداية تكون استجابة الخوف عالية، لكنك عندما تتذكرين خبرتك السابقة، ستقل حدة الاستجابة وستستغرق وقتاً أقصر. وبتكرار هذا النمط سيصبح بمقدورك سماع الصوت دون الشعور بالخوف والقلق، عندها نقول حدث اعتياد على المثير بحيث لم يعد قادراً على إثارة الاستجابة التي كان يثيرها فينا سابقاً.

هذه هي العملية الأساسية التي يعمل على أساسها العلاج بالمواجهة. فكلما واجهت الشيء الذي يثير قلقك أكثر، تعودت عليه وقل شعورك بالقلق. وإذا استمرت المواجهة لفترة طويلة، سيقل القلق وقد يختفي في النهاية.

ولتكون المواجهة فعّالة، عليك أن تواجهي مشاعرك السلبية التي كنت تتجنبينها. هذه المشاعر قد تكون قلق، خجل، اشمئزاز أو خليط منها جميعاً. فهي تتألف من أفكار، ومشاعر، وإدراكات، وأحكام.

نقطة مهمة أخرى يجدر الانتباه لها، وهي أنه يجب أن تبقي مع مشاعرك السلبية لفترة، أما إذا هربت باكراً من مشاعرك، مثل الهروب من الغرفة بعد سماع الصوت، فلن تتعلمي أن الصوت لا يشكل تهديداً لك. لذا في كل مرة ستسمعين نفس الصوت ستكون استجابة القلق كما هي. قد تشعرين بتحسن على المدى القصير إذا هربت، لكنك ستشعرين بالخوف في كل مرة. فالتجنب مثل الهروب يقلل الشعور بالكرب على المدى القصير، لكن على المدى البعيد يؤجل المشكلة ويحرمك من تعلم استراتيجيات تكيفية أخرى. لذا بتفادي مواجهة أفكارك وانفعالاتك حول جسمك، أنت تهربين من خبرة الانفعالات السلبية ثم تمنعينها من التناقص ومن التراجع.

من المهم الاستمرار بالمواجهة حتى تقل الانفعالات السلبية المؤلمة، وكل شخص يحتاج وقتاً مختلفاً للقيام بذلك. وقد يكون من المفيد قياس مستوى القلق في كل مرة تتم فيها المواجهة على مقياس من (1–10) مع تدوين مدة التعريض في كل مرة لملاحظة التغير في مستوى القلق.

2–التغيير الفعال لأفكارك وأحكامك تجاه نفسك وجسمك:

بالإضافة إلى مواجهة الانفعالات السلبية والمؤلمة التي تشعرين بها عندما تنظرين إلى جسمك، تحتاجين إلى التعامل مع أفكارك واعتقاداتك وأحكامكم في ذات الوقت. من أجل التغيير الفعال لموقفك تجاه جسمك، استخدمي مهاراتك في التنفس العميق، وتذكري عدم إصدار الأحكام فيما يتعلق بجسمك أو شكلك.

لتوضيح أهمية مواجهة الانفعالات السلبية والأحكام والأفكار السلبية إليك المثال التالي:

تستعد حنان للخروج مع خطيبها للعشاء لوحدهما للمرة الأولى، كانت حنان تنتظر هذه الأمسية منذ فترة طويلة واشترت فستاناً جديداً للمناسبة. في المساء بدأ القلق يتصاعد ماذا لو لم يعجبه فستاني؟ ماذا لو لم نجد شيئاً نتحدث عنه، ماذا لو بدوت سمينة؟ تقف أمام المرآة لتنظر إلى نفسها وفي الحال تظهر أمامها الأفكار والأحكام حول شكلها وجسمها. (أبدو سمينة، شكلي سيئ) تزايد القلق لديها لدرجة أنها قررت الاتصال به وإلغاء الموعد. بقيت حنان في البيت تشاهد التلفاز. انخفض قلقها لفترة قصيرة لكنه حتماً سيزداد مرة أخرى غداً عندما يدعوها خطيبها للخروج مرة أخرى.

الآن تخيلي الموقف مرة أخرى. تنظر حنان إلى نفسها في المرآة وهي تفكر أنها تبدو سمينة وغير جميلة ويرتفع مستوى قلقها لكنها هذه المرة تقرر أن تنتبه إلى أفكارها. "عندي فكرة أنني أبدو سمينة وعندي فكرة أنني أبدو رهيبة". إلا أنها تقرر عدم إصدار أحكام فيما يتعلق بجسمها وتعرف أنها إذا تفادت هذا الموقف الآن، فستبقي على شعورها بالقلق حول هذا الموعد. تقوم بتحديد مستوى قلقها على مقياس من (1 –10) تجد أنه يراوح ما بين 8–9 ولكنها تقرر مواجهة مخاوفها وتذهب إلى الموعد. عندما تصل إلى المطعم تلاحظ أن أفكارها مليئة بالأحكام وأن قلقها ارتفع إلى (10)، لكن مع تقدم السهرة، تجد أن القلق بدأ ينخفض تدريجياً إلى (7) ومع نهاية السهرة وصل إلى (5). شعرت حنان بالسعادة أنها واجهت مخاوفها وقررت أن تخرج مع خطيبها مرة أخرى.

وكما يظهر في المثال السابق وحتى نتغلب على الحالة الانفعالية السلبية نحتاج إلى:

1. مواجهة الأشياء التي نخافها ونتفاداها.
2. أن نكون على وعي بأفكارنا السلبية، وأحكامنا واعتقاداتنا كي نتعامل معها.

التمرين:

أ. حددي مستوى قلقك من (1) إلى (10).

ب. ارتدي القليل من الملابس وانظري إلى مرآة طويلة لتري جسدك كاملاً بعقل وقلب منفتح وواعي، ثم انظري إلى جسدك مرة أخرى في المرآة.

ج. حددي مستوى قلقك مرة أخرى على مقياس من (1) إلى (10).

د. احملي بطاقتين كل واحدة بيد على. اكتبي على البطاقة الأولى : "لدي فكرة..."وهي فكرتك الحالية السلبية التي تحكمين بها على ذاتك. واعيدي كتابة الفكرة على البطاقة الثانية لكن بأسلوب موضوعي وعدم إصدار الأحكام، مثل تمرين مع أنني...... إلا أنني..... الذي قمنا به في الجلسة السابقة. من الأفضل أن تكوني قد كتبت هذه الأفكار مسبقاً، وإذا لم تجدي أفكاراً موضوعية يمكنك أن تطلبي المساعدة .

ه. تحدثي عن أية فكرة أو حكم يخطر ببالك واحملي البطاقة التي تتماشى معها.

و. إذا كان لديك أحكام انتقادية كثيرة، حاولي استعمال بطاقة عدم إصدار الأحكام.

ز. إذا كنت في حالة صراع من أجل إيجاد أحكام موضوعية، فكري بمتصل الأفكار الذي لا يتضمن احكام. ثم فكري بموقع فكرتك على هذا المتصل.

ح. إن القيام "بالمراقبة والوصف" فقط دون إصدار الأحكام، أمر صعب تطبيقه على معظم أعضاء الجسم ما عدا الوجه. يمكنك إبداء ملاحظات مختصرة وأنت تنظرين إلى جسمك، مثلاً: إن ساقاي رشيقتان ومتناسقتان. وقد تحتاجين لذكر عبارات تدل على تقبل مفرط مثل: هذه معدتي وهكذا هي.

ط. قيسي مستوى القلق مرة أخرى.

ي. من المهم جداً أن تستمري بالتدريب على هذا التمرين في أوقات متعددة في البيت حتى تقل نسبة القلق لديك وإلا فلن تستفيدي من التمرين.

الواجب البيتي:

- التدرب على المواجهة، وتشجيع المشاركات على كتابة أفكارهن وأحكامهن لمناقشتها في الجلسة القادمة.

الجلسة السادسة عشرة: الإنهاء والقياس البعدي.

أهداف الجلسة:

1- أن تطبق المشاركات المقياس البعدي لسلوك الأكل ولمؤشر كتلة الجسم، وللذكاء الانفعالي، وللحاجات العلاقاتية.

2- أن تناقش المشاركات الفوائد التي تم تحقيقها من البرنامج.

3- أن تحدد المشاركات التغيير الذي حصل على سلوك الأكل لديهن.

4- أن تشكر المرشدة المشاركات على المشاركة والالتزام والجهد المبذول وتوزع عليهن الهدايا الرمزية.

الأدوات والأساليب:

مقياس اضطراب الشراهة، ومؤشر كتلة الجسم، ومقياس الذكاء الانفعالي، والمناقشة والحوار، والأسئلة.

الإجراءات
- بعد الترحيب بالمشاركات، تناقش المرشدة الواجب السابق من خلال الحوار. - تطبق المرشدة مقياس اضطراب الشراهة، ومؤشر كتلة الجسم، ومقياس الذكاء الانفعالي. - تناقش المرشدة مدى الاستفادة من البرنامج. - تناقش المرشدة إيجابيات وسلبيات البرنامج. - تحدد درجة التغير التي حصلت على سلوك الأكل من خلال مناقشة المشاركات ومعرفة ردود أفعالهن. - تذكر المرشدة ببعض الاستراتيجيات الواجب تطبيقها باستمرار كيف لا تتعرض المشاركات إلى الانتكاسة. - تشكر المشاركات على المشاركة والالتزام بالبرنامج وتوزع الهدايا الرمزية. - تنهي المرشدة الجلسة بتذكير المشاركات بأنها ستظل على اتصال بهن وأنها ترحب باتصال أي واحدة منهن وتقديم أية مساعدة تحتاجها كي تحافظ على ما حققته أثناء البرنامج .

الملحق رقم (5)

التحكيم

أسماء أعضاء لجنة تحكيم المقاييس:

د. اسعد الزعبي
د. جيهان مطر
د. رفعة الزعبي
د. رياض ملكوش
د. د. رغدة شريم
د. ريما غيشان
د. زهير زكريا
د. سمير سماوي
د. سعاد غيث
د. سهيلة بنات
د. عبير الفار
د. عائدة بيروتي
ا.د. نزيه حمدي

أسماء أعضاء لجنة تحكيم البرنامج:

د. اسعد الزعبي
د. جيهان مطر
د. د. رياض ملكوش
د. د. رغدة شريم
د. ريما غيشان
د. زهير زكريا
د. سمير سماوي
د. سهيلة بنات
د. عبير الفار
ا.د. نزيه حمدي

CONSTRUCTING AN EMOTION FOCUSED PROGRAM AND TESTING ITS EFFECTIVENESS IN TREATIING BINGE EATING DISORDER AMONG A JORDANIAN SAMPLE

By
Ruba Issa Fakhoury

Supervisor
Dr. Nasima Ali Dawoud, Prof

ABSTRACT

This study aimed at constructing an emotion focused program and testing its effectiveness in treating binge eating disorder and body mass index (BMI) and enhancing emotional intelligence among a Jordanian sample.

After conducting an interview with women taken from different psychological and nutritional centers in Amman, (24) women were deliberately selected who obtained the highest scores on the binge eating disorder scale.

Then they were assigned randomly in two groups, an experimental group that consisted of (12) women, and a control group that also consisted of (12) women.

After preparing the scales and ensuring their reliability and validity, they were applied on the groups as a pretest. Also an emotion focused program was constructed that consisted of (16) sessions, 2 hours per session. The program was applied to the experimental group as of two sessions weekly, and it took two months from (1/6/2011) to (1/8/2011). After implementing the program, post test was conducted on the two groups.

The study aimed at answering the following question:

- Is there a significant effect at the level ($\alpha \leq 0.05$) on binge eating disorder between the experimental group (that submitted to the program) and the control group (that didn't submit to the program) on the post test?

- Is there a significant effect at the level ($\alpha \leq 0.05$) on body mass index between the experimental group (that submitted to the program) and the control group (that didn't submit to the program) on the post test?

- Is there a significant effect at the level ($\alpha \leq 0.05$) on emotional intelligence between the experimental group (that submitted to the program) and the control group (that didn't submit to the program) on the post test?

The analysis of covariance was employed and it showed that there are statistically significant differences between the experimental group and the control group on the post tests on the binge eating disorder scale, the body mass index formula and the emotional intelligence scale in favor of the experimental group. That is the binge eating disorder and the body mass index decreased, while the emotional intelligence increased for the experimental group.

The study recommends further research on the issue of eating disorders in general and especially binge eating disorder for different age groups.